

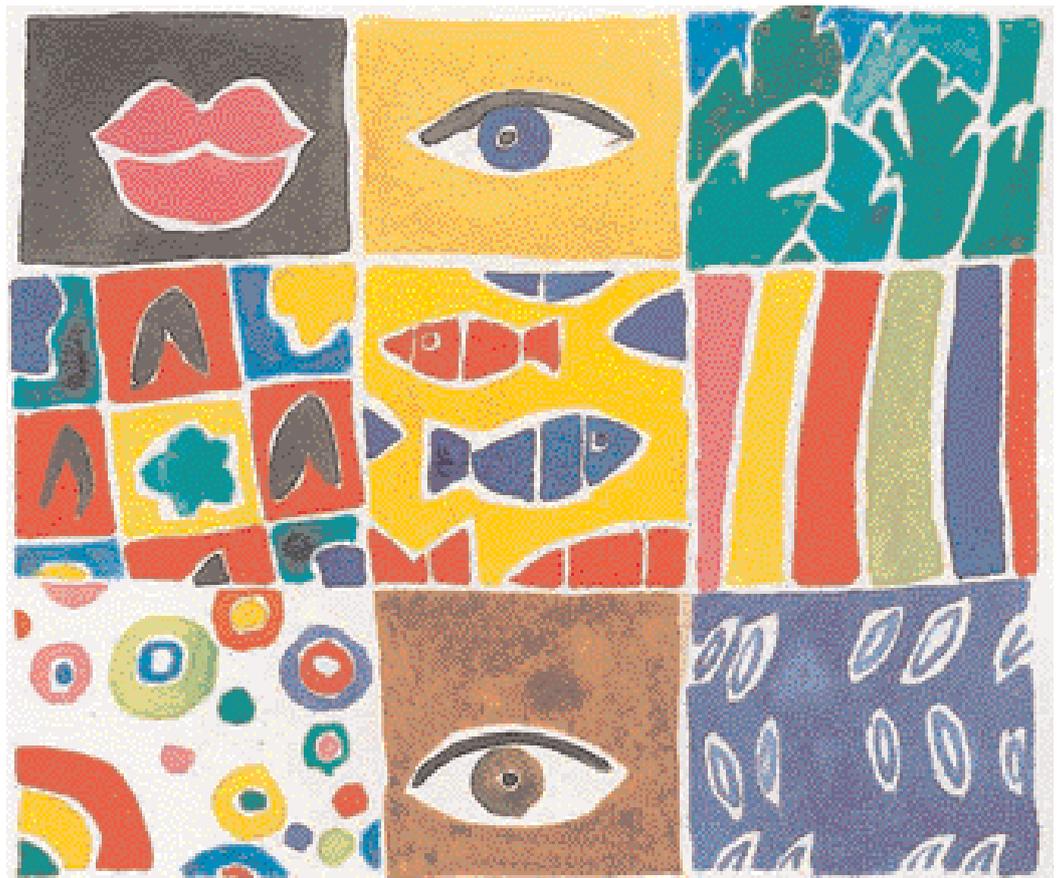
DOSSIER 57

Quelle éducation pour la santé des migrants ?

P6 *Qualité de vie :
Une nouvelle
rubrique !*

P9 *Une parole
à soi au collège*

P45 *Violence à
l'écran : ce qu'en
pensent les
jeunes*



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
- actualiser vos connaissances
- éclairer les pratiques et les méthodes d'intervention



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) :

- Éducation des patients... formation des soignants, N° 341.
- Famille et santé, N° 343.
- Pratiques créatives, N° 344.
- Regards sur les dépendances, N° 347.
- De l'hygiène à la santé, N° 349.
- Handicaps : éduquer notre regard, N° 350.
- La démarche communautaire : un état d'esprit, N° 351.
- Jeunes et communication, N° 352.
- Les métiers de l'éducation pour la santé, N° 353.
- Sport et loisirs : prévenir les accidents, N° 354.

- Soit un montant total de€

Ci-joint mon règlement par chèque bancaire chèque postal à l'ordre du CFES. Veuillez me faire parvenir une facture

Nom

Prénom

Organisme

Fonction

Adresse

Date et signature :

- 4 Éditorial**
Un dialogue surpris au détour d'un couloir du CFES...
Alain Douiller et Christine Ferron
- 6 Qualité de vie**
Éducation pour la santé et qualité de vie
Christine Ferron
- 8 Écho**
V^e Conférence européenne sur l'efficacité et la qualité de la promotion de la santé
Marie-Claude Lamarre
- 9 La santé à l'école**
La prévention, c'est d'abord donner la possibilité d'avoir une parole à soi
André Bourdon
- 12 La santé en chiffres**
Hygiène alimentaire : les consommateurs prennent des risques
Philippe Guilbert et Jean-Luc Volatier

Dossier : P. 13 à 42

Quelle éducation pour la santé des migrants ?

Éditorial

Des univers et des voyages
Stéphane Tessier 14

Cultures et prévention

Immigration et « intégration » : de quoi parle-t-on ?
Eric Taïeb 15

L'anthropologue et l'éducateur de santé
Entretien avec Alain Epelboin 19

La maladie et les jinn dans la tradition arabo-musulmane
Ahmed Rahal 21

Prévention de la toxicomanie en milieu migrant
Catherine Jung 23

Des structures... et des actions
Uraca : les passeurs de cultures
Alain Douiller 27

Résidents en foyer Sonacotra : de l'information aux actions de prévention
Martine Antoine 28

Il n'y a pas une, mais des populations migrantes...
Sophie Sandray 29

La prévention du sida auprès des populations migrantes
Marc Paris 30

« Il faudrait que les Africains témoignent à la télévision »
Entretien avec Bernadette Rwegera 34

Une animation auprès de femmes angolaises. Enthousiasmes et doutes d'un éducateur de santé
Sophie Blondeau 36

Alphabétisation et éducation pour la santé
Anne-Marie Saugeron 40

Pour en savoir plus
Fabienne Lemonnier et Catherine Lavielle .. 41

43 Éducation du patient
Maison du diabète et réseaux
Lucien Hanicotte

45 Cinésanté
Sleepy Hollow
Michel Condé

48 Lectures – Outil
Anne Gareau

Deux éducateurs pour (à ?) la santé au détour d'un couloir du CFES : Christine F. et Alain D.

CF : Tu sais pour Jean-Pierre Deschamps ?

AD : Il se présente aux présidentielles ?

CF : Non, je ne crois pas, mais on pourrait peut-être lui suggérer... Non, la nouvelle, c'est que, personne n'y croyait, mais il l'a fait...

AD : Il met enfin des cravates et des chaussettes tristes... comme tout le monde !

CF : Mais non ! Il est en retraite !

AD : De la part de l'inventeur de la nouvelle définition de la santé (« *un complet bien-être physique, mental, social et spirituel* »), cela ne m'étonne pas.

CF : Je ne te parle pas de retraite spirituelle, mais de retraite professionnelle !

AD : Il ne tiendra jamais, il aime beaucoup trop la santé publique.

CF : C'est peut-être justement pour ça qu'il s'arrête, pour pouvoir travailler tranquillement.

AD : Ce qui ne va pas être facile, c'est de rédiger un édito sur sa carrière pour La Santé de l'homme.

CF : Pourquoi ? Ce ne sont pas les sujets qui manquent !

AD : Justement, il y en a trop, des sujets ! Regarde un peu : sans son engagement dans le champ de la promotion de la santé en France, on en serait encore à parler d'éducation sanitaire et à croire que la prévention inclut la promotion de la santé...

CF : Alors que c'est l'inverse...

AD : Alors que c'est l'inverse ! Même un politicien doit savoir ça !
Écoute cette phrase que je viens de lire de lui : « *Aujourd'hui, les éducateurs doivent faire l'effort de ne plus seulement s'adresser aux usagers mais aussi aux responsables sociaux et aux*

décideurs qui ont des responsabilités sur l'environnement de la population et donc sur son bien être ».

CF : C'est autre chose que d'essayer d'apprendre aux pauvres les bonnes manières des riches »...

AD : Ou de « responsabiliser » des familles entières dans la lutte contre le saturnisme !

CF : On parlerait encore des grossesses à l'adolescence exclusivement comme de « problèmes » contre lesquels il faudrait « lutter »... On continuerait d'opposer le préventif et le curatif...

AD : Il y a tout de même encore du chemin à parcourir avant que toutes ces approches soient remises au grenier des pratiques démodées...

CF : Prévention, que de crimes on commet en ton nom !

AD : Bon, calmons-nous, Jean-Pierre Deschamps n'a jamais été aussi grandiloquent ! Ceux qui le rencontrent apprécient, au contraire, sa simplicité, sa disponibilité et son ouverture d'esprit.

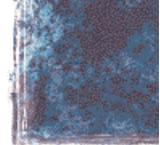
CF : C'est vrai. Tu te souviens quand nous étions ses élèves : son écoute attentive et ses critiques bienveillantes s'adressaient aussi bien aux GG¹ du premier rang qu'aux discrets du douzième...

AD : Et pourtant... Dieu sait qu'il a dû en entendre, des âneries, dans sa longue carrière.

CF : Attention ! Là, on a l'air de dire que Jean-Pierre Deschamps peut entendre tout et n'importe quoi sans réagir, alors que ce n'est vraiment pas le cas.

AD : Exact ! En réalité, j'ai rarement rencontré personne ayant des convictions plus fortes et plus clairement exprimées... parfois jusque dans la révolte ou le coup d'éclat.

CF : Un souvenir précis ?



AD : Évidemment, cette honorable maison² résonne encore, par exemple, de sa démission parce qu'un haut responsable avait imposé un délégué général différent de celui qui avait été choisi par vote par le Conseil d'administration ...

CF : Ce n'était pas une question de personne...

AD : Non, pas du tout, mais de fidélité à des convictions et à une décision prise par des gens responsables...

CF : Il n'est pas prêt de s'assagir... et c'est tant mieux. Dans un champ de compétences aussi peu reconnu que le nôtre, il est si tentant de renoncer à ses convictions et si reposant de se ranger du côté des plus forts... De préférer le camp des financeurs à celui des acteurs... De remettre à plus tard la réflexion sur les valeurs au profit d'une illusion de pouvoir...

AD : À propos, est-il toujours Président du Conseil scientifique du CFES ?

CF : Et comment ! Au cours de son mandat, le Conseil scientifique a produit plusieurs avis, et d'autres sont encore en préparation. Et ce n'était pas gagné d'avance ! Rends-toi compte : plus de trente experts éminents, tous brillants et impliqués, certes, mais aussi, autant de personnalités fortes et convaincues, qu'il fallait réussir à faire travailler ensemble. Pour cela, il faut un respect des individualités qui ne perde pas de vue un instant les objectifs, une connaissance et une reconnaissance de l'expertise de chacun, une capacité à catalyser les opinions ainsi qu'à repérer les points d'ancrage et... une bonne dose de diplomatie !

AD : S'il n'avait pas été professeur de santé publique, Jean-Pierre Deschamps aurait très bien pu faire carrière dans la diplomatie internationale. Regarde ses contacts à l'étranger et tous les fructueux échanges qui en ont découlé : en Asie, en Amérique du Sud, en Afrique, au Québec. Je l'ai appelé il y a encore quelques semaines. Je l'entendais à peine sur son portable à cause d'un concert de klaxons : il était dans un

embouteillage entre Rabat et Mekhnès ; l'OMS lui avait confié une mission d'étude du système de santé scolaire marocain . C'est autre chose que nos éternels Belges et Suisses !

CF : Et alors, ils sont très bien nos Belges et nos Suisses !

AD : Bien sûr ! Et tu connais mes origines suisses et mon ami belge de Cinésanté...

CF : D'ailleurs, Jean-Pierre Deschamps travaille aussi bien avec nos voisins qu'avec le bout du monde. L'important, c'est de regarder ensemble dans la même direction.

AD : L'amour bien sûr... Tu as raison, c'est peut-être quelque chose comme cela qui caractérise Jean-Pierre Deschamps.

CF : En tout cas, un humanisme digne des encyclopédistes...

AD : La place et le respect de chacun avant les appareils bureaucratiques...

CF : Les idées avant les structures et les organisations...

AD : Les convictions et les valeurs avant les aspirations de puissance et de pouvoir...

CF : Il faut tout de même que l'on se méfie de l'idolâtrie, tu ne crois pas ?

AD : Tu as raison, qu'est-ce qu'il penserait de nous s'il nous entendait aussi peu critiques ? !

CF : Il nous renverrait sans doute à la perfection d'un concerto de Mozart...

Alain Douiller

Rédacteur en chef de *La Santé de l'homme*

Christine Ferron

Chargée de mission Formation et Recherche au CFES.

1. *Grandes Gueules*

2. *le CFES*



Éducation pour la santé et qualité de vie

Les approches et le concept d'éducation pour la santé évoluent...

La Santé de l'homme aussi ! Christine Ferron présente ainsi cette nouvelle rubrique « qualité de vie » dont elle assurera la coordination. Bien plus que le regroupement des deux rubriques « nutrition » et « environnement », ces pages tenteront d'illustrer des approches positives et globales en éducation pour la santé proches de l'esprit de la Charte d'Ottawa.

Santé positive, approche globale, modèle bio-psycho-social, facteurs protecteurs... Au-delà de ces expressions devenues emblématiques dans le monde de l'éducation pour la santé, les éducateurs pour la santé, ainsi que leurs partenaires institutionnels, expriment aujourd'hui le besoin de délimiter, clarifier et expliciter les champs d'application de ces notions : comment les acteurs de l'éducation pour la santé se sont-ils appropriés ces concepts, comment les mettent-ils en œuvre dans leurs interventions ? Quels enseignements peut-on en tirer en termes d'analyse des pratiques, de définition de contenus de formation ou de pistes pour la recherche ?

Compte tenu de la nature transversale de ces questions, il semble que l'un des angles d'approche envisageables puisse être l'exploration du lien existant entre la notion de « qualité de vie » et l'inscription de l'éducation pour la santé dans la promotion de la santé, qui se traduit notamment par une attention particulière portée à :

- l'influence de l'environnement, des conditions de vie et de travail sur la santé ;
- l'ensemble des déterminants de la santé et pas uniquement les déterminants individuels ;
- l'accessibilité des services de santé à tous les citoyens quels que soient leur âge, leur état de santé, leur lieu de vie.

Quels peuvent être les apports de la notion de qualité de vie à la compréhension théorique des enjeux liés à ces

orientations, ainsi qu'au choix des approches les plus appropriées qui en découlent sur le terrain ?

Les origines du concept

En France, comme dans les pays présentant un développement comparable, l'accroissement continu et considérable de la durée moyenne de la vie, la baisse de la natalité entraînant le vieillissement relatif dans la pyramide des âges, les possibilités nouvelles de lutte contre un grand nombre de maladies infectieuses, les avancées dans le domaine du diagnostic et la chute de la mortalité infantile, ont rendu indispensable de compléter et de relativiser les statistiques de mortalité par des données sur la qualité de la vie.

Au cours des vingt dernières années, un nombre considérable de travaux ont été consacrés à la notion de qualité de vie, notamment dans la littérature médicale. Sans entrer dans les détails de cette abondante littérature, on peut relever trois traits saillants :

- bien que son émergence ait été particulièrement apparente dans le monde médical, le concept de qualité de vie est par nature pluridisciplinaire : il implique aussi bien des indicateurs biologiques que psychologiques, sociaux ou économiques ;
- la perception subjective qu'ont les personnes de leur propre qualité de vie est aussi importante que les données objectives qui peuvent être recueillies par des observateurs extérieurs : par exemple, l'évaluation externe de la qualité d'un support social devra être vali-

dée et complétée par un recueil d'informations sur la perception qu'en ont les personnes concernées ;

- s'il existe des composantes de la qualité de vie qui s'appliquent à des ensembles d'individus, on reconnaît que certains aspects de la qualité de vie puissent différer d'un individu à un autre, en fonction de variables de temps, de lieux ou de situations : par exemple, la santé est un élément central de la qualité de vie ; cependant, pour des adolescents en bonne santé, son importance est secondaire par rapport à la satisfaction tirée des relations sociales.

La qualité de vie s'est ainsi affirmée comme une notion solide, susceptible d'influencer des décisions en termes de politique publique. La croissance économique ou l'augmentation de l'espérance de vie ne sont plus les seuls indicateurs de développement valides, l'impact des décisions sur le bien-être physique, psychologique et social des personnes concernées est progressivement davantage pris en compte.

Qualité de vie et santé

L'Organisation mondiale de la santé définit la qualité de vie comme « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses préoccupations* ». Les données issues du Baromètre santé adultes 95/96 du CFES soulignent la complexité de la relation existant entre les comportements de santé et la perception de la qualité de



ception qu'a la personne de sa propre existence. En effet, ce concept très large est associé de manière complexe à la santé physique du sujet, à son état psychologique, à son niveau d'autonomie, à ses relations sociales ainsi qu'à sa relation aux composantes essentielles de son environnement (en termes de lieux de vie, mais aussi de culture, de valeurs, etc.) ;

- d'autre part, dans l'importance accordée, pour sa définition, à la nature des composantes de leur existence que les personnes elles-mêmes définissent comme essentielles : il peut s'agir de leur propre état de santé comme de celui de leurs proches, de leurs conditions matérielles d'existence comme de leurs aspirations intellectuelles, de leur satisfaction au travail comme de l'occupation de leur temps libre, etc. ;

- enfin, dans la prise en compte, pour son évaluation, de l'écart existant chez une personne donnée entre l'expérience vécue et ses aspirations, voire son idéal.

vie : si des niveaux inférieurs de qualité de vie déclarée sont associés à des comportements préjudiciables à la santé, on note également que :

- d'une part, la qualité de vie est estimée négativement par des sujets manifestant des comportements de contrôle allant dans le sens d'un évitement des risques (abstinence par exemple) ;

- d'autre part, il existe un décalage temporel entre la mise en œuvre d'une mesure de santé préventive personnelle et l'impact de cette mesure sur l'estimation de la qualité de vie.

Cas particulier de la qualité de vie au sens large, la « qualité de vie liée à la santé » recouvre l'ensemble des aspects physiques, psychologiques et sociaux de la qualité de vie, influencés par l'état de santé d'un individu, sa maladie ou son traitement.

La pertinence de la notion de qualité de vie dans le champ de l'éducation pour la santé

Dans le cadre de l'éducation pour la santé, c'est précisément la prise en compte, dans la notion de qualité de vie, de la multiplicité et de la complexité des situations personnelles, qui constitue un atout. L'intérêt de ce concept réside ainsi :

- d'une part, dans son irréductibilité à un seul facteur d'influence sur la per-

La nouvelle rubrique de *La Santé de l'homme* intitulée *Éducation pour la santé et qualité de vie* va s'attacher à développer des réflexions basées sur ces trois axes :

- globalité, mais surtout complexité de la notion de santé telle qu'elle s'intègre dans la perception qu'ont les individus et les groupes de leur présence au monde ;

- attention portée à des thèmes de santé relevant davantage de composantes de différents modes de vie que de « problèmes de santé » ;

- inscription de l'approche éducative en matière de santé dans les manques, les besoins et les attentes exprimés par les individus et les groupes eux-mêmes relativement à leur propre santé.

Le contenu de la rubrique

Se basant pour partie sur le contenu des questionnaires destinés à l'évaluation de la qualité de vie et pour partie sur la nature des activités menées d'ores et déjà dans le cadre de certaines actions d'éducation pour la santé, les sujets abordés dans cette rubrique seront les suivants :

- modes de vie : sommeil et rythmes de vie, activités physique et sportive, alimentation, vie affective et sexuelle, etc. ;

- lieux de vie : écologie et environnement, santé au travail, etc. ;

- approches communautaires :

- réseau familial : santé de la mère et de l'enfant, approches intergénérationnelles, etc. ;

- réseau social : par quartiers ou communautés, relations aux pairs, accès aux services de santé, citoyenneté, etc. ;

- rapport à soi-même : représentation de soi, image du corps, perspective temporelle, bien-être émotionnel, etc.

Ces différents angles d'approche sont évidemment étroitement imbriqués. C'est l'appui sur les valeurs de la promotion de la santé qui constituera le fondement même de la rubrique : son objectif sera bien de développer progressivement des pistes de réflexion ou d'action utiles à l'éducation pour la santé et aux publics concernés, dans le cadre d'une approche positive et globale de la santé au sens où l'entend la charte d'Ottawa, c'est-à-dire non seulement en tant qu'orientation théorique, mais aussi en lien direct avec les pratiques.

Christine Ferron

Psychologue,
chargée de mission,
service Appui au développement
de l'éducation pour la santé, CFES.

Bibliographie

- Whoqol, World Health Organization Quality of Life. *Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment, Field Trial Version, December 1996*. Programme on Mental Health, World Health Organization, Geneva.
- Baudier F., Arènes J. *Baromètre santé adultes 95/96*. Vanves : CFES, coll. Baromètres, 1997 : 288 p.
- Guilbert P. Qualité de vie, santé mentale et environnement. In : *Fiches Baromètre santé 2000, premiers résultats*. Enquête auprès des 12-75 ans. Vanves : CFES.
- Fernandez-Ballesteros R. *Quality of life: the differential conditions*. Psychology in Spain 1998 ; 2, n° 1 : 57-65.
- Rapport du Haut Comité de la santé publique. *La santé en France 96*. Paris : La Documentation française, 1996 : 251 p.

Rubrique Qualité de vie coordonnée par
C. Ferron : christine.ferron@cfes.sante.fr



V^e Conférence européenne sur l'efficacité et la qualité de la promotion de la santé

Londres, Royaume-Uni – 11-15 juin 2002

De nouvelles dimensions dans la promotion de la santé : créer des liens entre les programmes de promotion de la santé et les politiques publiques.

Organisée par la *Health Development Agency* au nom de l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé, cette conférence rassemblera des décideurs politiques, des universitaires et des spécialistes techniques pour étudier le renforcement des politiques publiques et des pratiques de la promotion de la santé pour améliorer la santé et le bien-être. Elle focalisera sur les manières de promouvoir les politiques dans les secteurs de l'environnement, de l'éducation et de l'emploi au bénéfice de la santé. « *Nous sommes complètement à la frontière des connaissances en ce qui concerne la manière dont les politiques dans les domaines de l'environnement, de l'éducation et de l'emploi influencent le développement de la santé* » explique le Professeur Lowell Levin, Président du Comité scientifique de la conférence. Au cours des années, la santé publique a fait d'énormes progrès dans la conception, l'expérimentation, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de santé. En revanche, nous avons peu d'expérience selon lui en matière d'évaluation de l'impact des politiques publiques sur la santé, ni même sur les aspects des politiques qui ont le plus d'influence sur l'état de santé.

Cette conférence veut être un catalyseur de changements tourné vers l'action. Les points suivants seront plus particulièrement développés :

- Comment lier la promotion de la santé aux autres secteurs politiques ?
- Comment valoriser les politiques publiques actuelles pour améliorer la santé de la population ?
- Quelle recherche est nécessaire et qui doit la réaliser ?
- Comment partager les coûts de l'évaluation des programmes ?

« *De nouvelles dimensions dans la promotion de la santé* » s'inscrit dans la lignée des conférences précédentes de

l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé sur l'efficacité et la qualité de la promotion de la santé, qui se sont déroulées respectivement à Rotterdam, Athènes, Turin, et Helsinki/Tallinn.

Le format de la conférence inclura des séances plénières, des études de cas, des groupes de discussion dirigée, des communications affichées et des présentations de résultats de recherche sur différentes perspectives politiques en cours de séances de recherche-analyse-action. Ces séances permettront aux participants de réfléchir à leur expérience et de travailler à un scénario d'action politique. On espère que cette approche va permettre de créer un dialogue entre professionnels et décideurs politiques, et une nouvelle vision en abordant les facteurs déterminants de la santé et du bien-être.

Si vous êtes intéressé par cet événement, vous pouvez obtenir plus d'informations en consultant le site internet www.newdimensions2002.co.uk ou en écrivant à info@profileproductions.co.uk

Si vous êtes intéressé par cet événement, vous pouvez obtenir plus d'informations en consultant le site internet www.newdimensions2002.co.uk ou en écrivant à info@profileproductions.co.uk

Marie-Claude Lamarre

Directeur exécutif de l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES), Vanves.

La prévention, c'est d'abord donner la possibilité d'avoir une parole à soi

Réaliser des films, donner la parole plutôt que se faire succéder des intervenants spécialistes de la prévention. Telles sont les propositions et le témoignage d'André Bourdon, enseignant, dont on avait aussi pu lire le travail dans *La Santé de l'homme* n° 346 de mars-avril 2000.

Professeur de collègue à Auchel dans le Pas-de-Calais, je suis au contact des adolescents depuis pas mal d'années. J'ai, de ce fait, pu observer *in situ* les pratiques utilisées dans le domaine de la prévention. Il s'agit le plus souvent d'organiser sur l'année scolaire le passage de multiples intervenants. Les spécialistes de la lutte contre l'alcoolisme, contre le tabagisme, contre les autres formes de toxicomanie défilent dans une progression savamment dosée suivant l'âge des élèves. Il faut ajouter à cela la séance consacrée à l'éducation sexuelle, à la prévention de la violence, aux risques de la circulation, etc. On identifie la cible et puis on met en place l'artillerie avec des moyens qui varient suivant la situation : les gros moyens sont employés lors des situations de crise qui finissent par se produire à un moment ou l'autre de l'année scolaire.

Ce type de prévention est d'un usage fréquent... et il peut sans doute être très efficace... pour des jeunes qui ne sont pas vraiment en danger... Allons, ne soyons pas trop critiques, reconnaissons que cela a quand même des effets positifs sur certains, et notamment sur la population adulte, qui soulage ainsi ses angoisses et sa conscience avec une bonne foi qui ne saurait être mise en doute.

C'est vrai qu'en matière de prévention comme dans tout ce qui touche à l'humain, il n'y pas de recette miracle.

Mais nous savons tous que les jeunes qui nous sont confiés abordent avec l'adolescence une période délicate de leur construction. Cette étape de leur vie est marquée le plus souvent par l'incertitude, par le regard souvent négatif qu'ils portent sur eux-mêmes : les ados ont très souvent une assez mauvaise opinion d'eux. Les réponses faites à un petit sondage effectué dans mon établissement sont éloquentes : une bonne partie des élèves de 4^e (30 %) se considère plutôt bête. Ce score s'aggrave encore si l'on demandait aux jeunes de s'évaluer à travers le regard des adultes et plus encore si ces adultes étaient leurs enseignants.

« *Au commencement était le verbe...* ». Cet enseignement presque aussi vieux que le monde, que l'on peut d'ailleurs partager en dehors de toute appartenance philosophique ou religieuse, peut nous aider dans ce travail de prévention que nous avons à mettre en place. Nous, les adultes, nous sommes concernés par cette démarche. Il faut en priorité aider nos élèves, comme le dit Alain Bentolila, à s'approprier le pouvoir linguistique, faute de quoi l'expression passera par autre chose que les mots. Mais il faut aller au-delà, il faut que l'école donne aux jeunes la possibilité de l'expression de soi. J'ai souvent l'impression que le système éducatif est construit sur des concepts sans chair ni âme. L'enseignant est celui qui est chargé de transmettre des connaissances et d'évaluer les

niveaux de chacun. Dans cet échange, qui n'en est pas vraiment un, les jeunes n'ont pas d'existence à part entière : ils sont des élèves, des apprenants, des concepts aussi. Bien entendu, c'est un peu caricatural, parce qu'il existe quantité de textes officiels, de circulaires qui viendront contredire mes propos, mais les bonnes intentions affichées ont du mal à trouver leur place face à l'hégémonie des « matières à enseigner ». Fort heureusement, les enseignants viennent souvent à mettre en place des stratégies différentes, encouragées parfois dans le cadre de la recherche pédagogique : la difficulté est de trouver l'équilibre entre l'officiel obligatoire et la nécessité impérieuse d'inventer, nécessité officiellement reconnue mais qui pèse peu face à l'existant. Si l'on n'y prend garde, c'est une cause supplémentaire de « souffrance » pour les enseignants qui s'y risquent.

La prévention, c'est d'abord donner à quelqu'un la possibilité d'avoir une parole à lui. C'est donner la parole à ceux qui sont du mauvais côté des rapports sociaux tout en apprenant les règles de cette société. C'est une prévention qui a perdu tout objet au départ, même si souvent cela permet d'exprimer des difficultés particulières, de rechercher et d'élaborer des solutions. Ce besoin d'expression, certains l'ont bien cerné et l'exploitent d'ailleurs de manière mercantile. Il suffit de voir le succès obtenu par *Loft Story*, symbole

À vos caméscopes !

Le collège Lavoisier d'Auchel dans le Pas-de-Calais organise son 8^e festival de vidéo scolaire le 15 mai 2002. Ce concours est ouvert à tous les jeunes vidéastes.

Le thème 2002 : « Après l'école »

L'école est très présente dans les films que nous avons pu voir au festival depuis sept ans. Beaucoup de scènes sont tournées dans la classe, chacun y joue souvent son rôle d'enseignant ou d'élève.

La réalisation d'un film sur l'école est aussi l'occasion de découvrir ce qui se passe... à l'extérieur de celle-ci.

Vous pouvez également réaliser une fiction sur thème libre.

Quatre catégories : écoles, collèges, lycées, établissements spécialisés.

Nos objectifs :

- aider les jeunes à appréhender le monde de l'image par la pratique ;
- organiser une rencontre annuelle de valorisation du travail des élèves ;
- faire travailler et s'exprimer les élèves.

Bon courage !

Et n'hésitez pas à nous appeler, à nous faxer au 03 21 61 12 01

à consulter notre site : <http://perso.wanadoo.fr/festivalvideo62auchel>

à nous écrire :

Collège Lavoisier – Festival de Vidéo scolaire – 99, rue Jean-Jaurès – 62260 Auchel.

<mailto:festivalvideo62auchel@wanadoo.fr>

Vous pouvez également apporter votre soutien à ce projet : nous attendons vos suggestions !

de cette volonté d'être reconnu de la part des participants, mais aussi des jeunes téléspectateurs s'identifiant à leurs héros de quelques jours. Bien entendu, il n'est pas question de mettre en place ces pratiques de voyeurisme dans nos établissements scolaires.

L'image peut cependant se révéler un outil extraordinaire que j'utilise depuis maintenant près de dix ans. Extraordinaire à plus d'un titre : c'est une forme de langage que les jeunes apprécient beaucoup et n'en déplaisent aux détracteurs de la télévision, c'est un langage qui demande une réflexion, une construction et une écriture rigoureuses quand on réalise. Les élèves ne sont pas spectateurs, ils sont scénaristes, réalisateurs et acteurs de leurs propres messages de prévention. Et contrairement à l'émission citée plus haut, il n'est pas question ici de voyeurisme, ce qui serait intolérable : les difficultés rencontrées par les personnages de nos films sont bien souvent celles des élèves du groupe, mais ces jeunes sont à l'abri des regards indiscrets derrière des personnages fictifs. Ce type de travail a aussi pour conséquence de créer des liens : la réalisa-

tion d'un film ne saurait être l'affaire d'un seul individu. En réalisant, ils apprennent à travailler ensemble, à s'exprimer, mais aussi à écouter, à choisir une solution, une suite au scénario... Ceci nécessite souvent l'intervention de partenaires extérieurs : les copains, mais aussi l'entraîneur de foot, la responsable des majorettes, le policier, les pompiers, l'infirmière et parfois les parents. C'est l'occasion de découvrir ou de recadrer le rôle de chacun. Quelque chose me laisse perplexe : le premier intervenant qui vient au secours d'un héros en difficulté est toujours un « copain » qui connaît l'adulte qui va pouvoir aider.

Le partenariat permet souvent la mise en place d'une situation d'échange, nos partenaires étant souvent en meilleure position d'écoute, de reconnaissance et de valorisation des élèves. Combien de fois ai-je entendu des collègues dire : « ce n'est pas possible, ils sont méconnaissables ! » Pourtant, Stéphane, c'est bien ce même gamin qui n'a jamais ouvert la bouche pendant mes cours de technologie et que l'on voit radieux sur les photos que nous avons réalisées en marge d'un tournage.

De plus, l'image porte en elle des charges d'émotion et de sensibilité qui, même jouées par des acteurs, vont contribuer à améliorer l'estime de soi et aider à la construction de ces liens indispensables. « *La toxicomanie, c'est la maladie du lien* » nous dit Daniel Sibony. N'est-ce pas la mission de l'école que de donner aux jeunes les outils, mais aussi la possibilité de s'exprimer, et de les aider ainsi à construire des liens sociaux et affectifs. C'est cela qui devrait leur permettre de ne pas tomber dans le piège du lien total, si parfait que l'on ne peut plus s'en débarrasser : les toxicomanies, quelles qu'elles soient.

André Bourdon

Professeur de technologie,
collège Lavoisier, Auchel.

► Bibliographie

- Bentolila A. *De l'illettrisme en général et de l'école en particulier*. Paris : Plon, 1996.
- Sibony D. *Colloque Drogues et images, « Les actes »*. Comité européen contre la drogue.

Rubrique Santé à l'école coordonnée par
B. Housseau : bruno.housseau@cfes.sante.fr

► Brève de pupitre

Nouvelle édition de *Badaboum et Garatoi*, coffret pédagogique de prévention des accidents de la vie courante chez les enfants de 5 à 7 ans

Après avoir fait l'objet d'une première édition en 1993, puis d'une évaluation en 1994, le coffret pédagogique *Badaboum et Garatoi* est aujourd'hui réédité dans une version actualisée, qui inclut notamment une importante révision du livret pédagogique.

Conçu et édité par le Comité français d'éducation pour la santé, en partenariat avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, il est destiné aux classes du cycle 2 de l'école primaire (grande section de maternelle, CP, CE1).

À l'instar des coffrets pédagogiques de la collection « Les Chemins de la Santé », *Badaboum et Garatoi* a été élaboré par un groupe de travail associant des professionnels de l'éducation pour la santé (acteurs de terrain et chercheurs) et des illustrateurs de livres pour enfants.

Le principe sur lequel il s'appuie est celui de la participation des enfants aux actions d'éducation pour la santé mises en place dans un objectif de prévention. Cette participation est favorisée par l'utilisation d'un support de communication toujours très bien accueilli par les enfants : le théâtre de marionnettes. La représentation de scènes potentiellement anxiogènes au moyen de « marottes » très stylisées permet à la fois une visualisation des accidents

et de leurs conséquences, et une mise à distance du contenu dramatique. L'aspect collectif de l'activité théâtrale et des débats qui la suivent contribue également à accroître l'acceptabilité du message préventif.

L'enseignant est soutenu dans sa démarche de prévention auprès des enfants par :

- un apport de connaissances sur les accidents de la vie courante ;
- un cadre méthodologique pour une inscription des activités dans un projet éducatif multipartenarial ;
- de nombreuses propositions de scénarios pour les situations mises en scène dans le cadre du théâtre de marionnettes, ainsi que plusieurs tableaux incitant au débat.

La réédition de *Badaboum et Garatoi* a été l'occasion d'une refonte en profondeur de son livret pédagogique. Les remaniements ont porté essentiellement sur les parties consacrées à l'apport de connaissances sur les accidents de la vie courante chez les enfants, ainsi qu'à la mise en œuvre d'activités pédagogiques dans un objectif de prévention.

Ainsi, les connaissances ont été enrichies d'informations tirées de la littérature scientifique concernant :

- les données épidémiologiques les plus récentes ;

- le poids des facteurs psycho affectifs dans la survenue des accidents chez les enfants ;
- les représentations qu'ont les enfants des causes des accidents et de la façon de les prévenir ;
- les représentations des parents de jeunes enfants en ce qui concerne les accidents et leur prévention ;
- les modalités possibles d'intégration de la prévention des accidents dans les programmes scolaires correspondant aux classes visées par le coffret.

Dans le livret, la présentation des résultats d'études sur les représentations des accidents chez les parents et les enfants est suivie de recommandations pour l'action, basées sur ces résultats. Dans la partie consacrée à la mise en œuvre d'activités pédagogiques, l'accent est mis sur la définition des finalités éducatives et des objectifs pédagogiques qui vont être poursuivis dans le cadre des activités proposées. Dans un second temps, un certain nombre de propositions méthodologiques invitent les utilisateurs du coffret à dépasser l'information sanitaire sur la prévention des accidents, à impliquer les parents dans la démarche, et à ouvrir les actions sur les lieux de vie extra-scolaires des enfants.

Christine Ferron

Hygiène alimentaire : les consommateurs prennent des risques

L'enquête sur la nutrition des Français Inca¹ comprenait un volet sur les risques liés aux propres comportements des consommateurs : la fréquence des consommations au-delà de la date limite de consommation, le respect de la chaîne du froid et l'entretien des réfrigérateurs.

Date limite de consommation

Pour les trois produits dont la consommation après la date limite de consommation (DLC) s'avère être à risque (jambon pré-emballé, rillettes en pot et poulet pré-emballé), une proportion non négligeable (de 9 % à 17 % selon les interviewés) déclare qu'il lui arrive souvent ou parfois d'en consommer après la date de péremption (Figure 1).

La proportion de consommateurs au-delà de la DLC est beaucoup plus élevée pour les yaourts (60 %), ce qui pourrait traduire leur connaissance de l'absence de risque majeur associé à cette pratique.

Chaîne du froid

Le respect de la chaîne du froid se retrouve dans l'organisation des achats en supermarché ou hypermarché. 81 % des ménages déclarent acheter les glaces et les produits surgelés en dernière ou avant-dernière position parmi la liste de leurs achats et 67 % disent utiliser un sac isotherme ou une plaque réfrigérante pour le transport des produits surgelés. Cependant, près de 60 % des ménages disent qu'il s'écoule plus de quinze minutes entre la sortie du produit surgelé de son rayon et sa mise au congélateur au domicile (Figure 2). Cette durée est assimilable à une rupture de la chaîne du froid.

Entretien du réfrigérateur

Pour 31 % des ménages, le dégivrage du réfrigérateur se fait tous les mois, pour 28 % tous les trimestres et 16 % disent le faire une fois par an seulement (Figure 3). Désinfecter son réfrigérateur est, en revanche, un comportement beaucoup moins fréquent. 35 % des ménages le feraient au moins une fois tous les trois mois.

Par ailleurs, près d'un ménage sur deux (45 %) déclarent ne jamais vérifier la température de son réfrigérateur. Cette donnée est à rapprocher du fait que 59,7 % des personnes répondent ne pas savoir à quelle température il convient de régler leur réfrigérateur.

La hausse de la consommation de produits surgelés ne s'est pas systématiquement accompagnée de comportements respectant les exigences de la conservation par le froid. Les éducateurs de santé, mais aussi les organismes de consommateurs, les fabricants et les distributeurs de ces produits pourraient très utilement intégrer ces quelques données afin d'adapter leurs activités vis-à-vis des publics.

Philippe Guilbert

Économètre, coordonnateur du Baromètre santé au CFES,

Jean-Luc Volatier

Responsable de l'unité Observatoire des consommations alimentaires, Afssa, Maisons-Alfort.

1. Enquête individuelle et nationale sur les consommations alimentaires réalisée en 1998/1999 par le Credoc pour la DGAL, Afssa, Danone, Nestlé, ASPCC, Cidil, Civ et Onivins. Volatier J.-L. (sous la dir.). Enquête Inca. Paris : Éditions Tec & Doc, 2000 : 158 p.

Rubrique coordonnée par P. Guilbert : philippe.guilbert@cfes.sante.fr

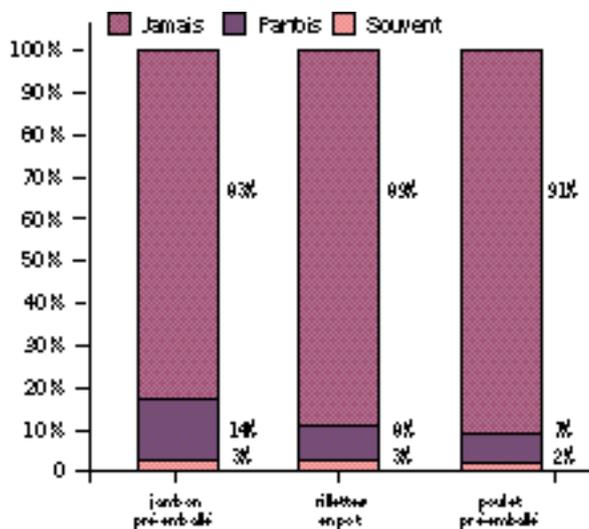


Figure 1. Fréquence de consommation de certains produits après la DLC (source : enquête Inca).

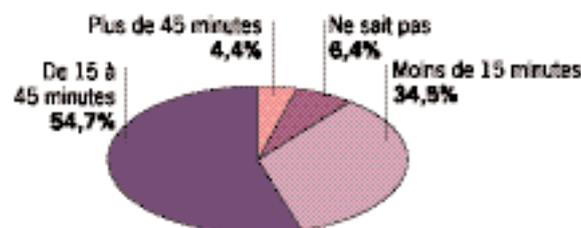


Figure 2. Délai moyen entre la sortie d'un produit surgelé de son rayon et sa mise au congélateur au domicile (source : enquête Inca).

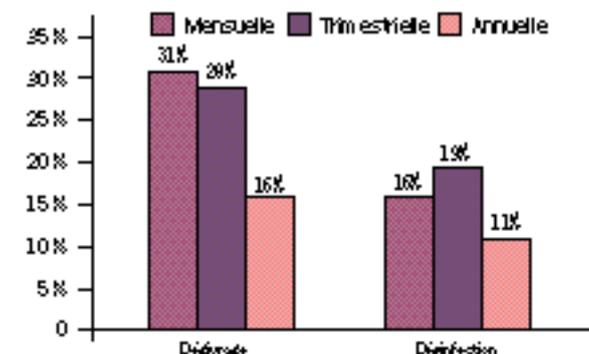


Figure 3. Fréquence des pratiques d'entretien du réfrigérateur (source : enquête Inca).

Quelle éducation pour la santé des migrants ?

Éditorial

Des univers et des voyages

Stéphane Tessier 14

Cultures et prévention

Immigration et « intégration » : de quoi parle-t-on ?

Eric Taïeb 15

L'anthropologue et l'éducateur de santé

Entretien avec Alain Epelboin 19

La maladie et les *jinn* dans la tradition arabo-musulmane

Ahmed Rahal 21

Prévention de la toxicomanie en milieu migrant

Catherine Jung 23

Des structures... et des actions

Urac : les passeurs de cultures

Alain Douiller 27

Résidents en foyer Sonacotra : de l'information aux actions de prévention

Martine Antoine 28

Il n'y a pas une, mais des populations migrantes...

Sophie Sandray 29

La prévention du sida auprès des populations migrantes

Marc Paris 30

« Il faudrait que les Africains témoignent à la télévision »

Entretien avec Bernadette Rwegera 34

Une animation auprès de femmes angolaises. Enthousiasmes et doutes d'un éducateur pour la santé

Sophie Blondeau 36

Alphabétisation et éducation pour la santé

Anne-Marie Saugeron 40

Pour en savoir plus

Fabienne Lemonnier et Catherine Lavielle .. 41

Dossier coordonné par **Michel Dépinoy**,
médecin inspecteur de santé publique,
Délégué général adjoint du CFES
et **Stéphane Tessier**, médecin de santé publique,
directeur du Comité régional d'éducation
pour la santé d'Île-de-France, Paris.

Des univers et des voyages

Lorsqu'il s'est agi de construire un dossier sur l'éducation pour la santé et les migrants, la question lancinante des définitions s'est immédiatement posée. Rapidement, certaines réponses se sont élaborées.

D'abord immédiates, évidentes, superficielles. Le migrant c'est le voyageur, c'est l'Autre, l'étrange étranger aux comportements inconnus, exotiques, comme sa peau et sa cuisine. Celui qui peut retourner ailleurs, celui qui cultive des images d'un autre monde, oubliant très souvent que ce monde bouge sans lui. Mais, si l'exotisme dé-payse, il fait parfois peur lorsqu'il s'échappe des bulles étanches des clubs de vacances ou des stands de fêtes dominicales, et les relations de curiosité sont souvent occultées par la peur brute de l'inconnu.

De plus profond émerge l'idée d'un autre voyage, celui au cours du temps que tous nous parcourons mais celui-là sans espoir de retour. Qu'avons-nous gardé de nos représentations du corps de notre enfance ? Quelles références de notre adolescence continuons-nous d'évoquer ? Un vague souvenir, une nostalgie.

À chacune de ces dimensions, (...) correspondent des univers de référence, des mondes entiers d'habitudes, de croyances, de certitudes.

Une troisième dimension de voyage peut être identifiée, dont les distances sont plus difficiles à franchir. Ce qui détermine les espoirs, les doutes, les craintes, les références des uns et des autres : l'environnement quotidien socio-

économique aussi varié et antagoniste que le film « *La vie est un long fleuve tranquille* » l'a illustré. Les fameuses catégories socioprofessionnelles que cultivent les sondes et experts en marketing, de famille Duquesnoy à famille Groseille, la mobilité (« sociale ») est faible, lente et chaotique.

À chacune de ces dimensions, et sans doute pourrions-nous aller encore plus loin et en trouver d'autres, correspondent des univers de référence, des mondes entiers d'habitudes, de croyances, de certitudes. Sur ces divers axes de différences culturelles, chaque individu se compose lui-même par « bricolage » un « manteau d'arlequin » qui lui est propre.

Il est dommage de limiter la définition de telles différences à celles que nous donne à voir l'étranger identifiable par sa peau, son état civil, sa langue. C'est pourtant, par la force des choses, ce qui est arrivé dans ce dossier. Il est vrai que très peu d'actions, très peu de réflexions envisagent la culture dans cette large acception. Puisse cette lacune ne pas durer et le sans domicile stable trouver derrière le guichet non plus un « autre » étranger à sa logique et à son rythme, mais quel-

qu'un qui sache comment traduire, au sens fort du terme, son mal et l'aide qui est proposée.

Pour ces raisons, on peut suggérer au lecteur de lire ce dossier en tentant mentalement de remplacer, chaque fois qu'il apparaît, le mot « africain » ou « maghrébin » (principales populations concernées par ces travaux) par n'importe quel qualificatif sociologique (sans domicile fixe, détenu, voire même cadres de la grande distribution, chauffeurs de bus, toutes catégories qui partagent un certain sens commun, une certaine culture.) De la même façon qu'il est commun aujourd'hui de publier des descriptions ethnologiques de l'Assemblée nationale, du métro, etc., il semble justifié d'envisager l'éducation pour la santé des voyageurs dans cette large perspective, de l'enfant au cadre supérieur, en passant par (mais seulement en passant par) le travailleur immigré, aux enjeux de pouvoirs (symbolique, économique, politique) près...

C'est pourquoi ce dossier ouvre un certain nombre de pistes de réflexion.

Ahmed Rahal en décrivant les *jinn*s précoraniques et leur *modus operandi* (pénétrant par les orifices de la peau pour investir les organes de leur victime), correspond assez bien à ce que le *jinn* « *Streptococcus Aureus* » pourrait faire dans notre monde scientifique. Mais malgré ces concepts similaires et voisins (ou à cause même de cette proximité dans un monde que structurent les clivages), Eric Taïeb démontre l'extrême complexité des enjeux identitaires en situation de migration.

Plusieurs expériences sont éclairantes sur les dynamiques mobilisées par ce thème. Alain Epelboin promeut la traduction simple qui, parfois, permet de préférer l'abstention à une intervention périlleuse. Sophie Blondeau constate que les femmes angolaises ne sont plus tout à fait aussi assidues à la fin de son exercice. Dans un aller-retour radical entre tradition et modernité, l'Uraca va jusqu'à promouvoir la présence du guérisseur à l'hôpital, alors que Bernadette Rwegera suggère d'intervenir en salon de coiffure montrant que le retour aux sources n'est peut-être pas le meilleur moyen de communiquer avec ces populations, par définition, contemporaines.

Ce dossier pose ainsi des questions qui touchent à l'ensemble des actions d'éducation pour la santé : le constat des différences d'univers de référence, de la diversité des visions de la vie et de la sexualité, mais surtout de la nécessité et de la difficulté de communiquer entre les mondes non initiés et les mondes professionnels.

Stéphane Tessier

Médecin de santé publique, Directeur du Comité régional d'éducation pour la santé d'Île-de-France (Cresif), Paris.

Immigration et « intégration » : de quoi parle-t-on ?

Les termes utilisés dans le langage courant pour évoquer la question de l'immigration sont multiples et bien souvent peu précis. En essayant de mieux définir les réalités auxquelles renvoie ce vocabulaire, Eric Taïeb fait aussi l'hypothèse que les dimensions ethniques de l'intégration sont moins essentielles que les dimensions économiques et sociales.

Depuis le retour de la croissance, l'éclatement de l'extrême droite et les victoires d'une équipe de France « black-blanc-beur », les attaques contre les « immigrés » se sont faites plus rares. Le débat récurrent sur l'insécurité exprime cependant, de façon implicite et parfois explicite – ce qui ne veut pas dire juste – la crainte et la stigmatisation des « enfants de l'immigration » à travers l'expression « jeunes des cités ». Le nombre de guillemets mis dans ces premières phrases est symbolique. Dans ce domaine de l'immigration et/ou de « l'intégration », il convient de s'exprimer avec beaucoup de prudence et de rigueur parce que l'ensemble des représentations publiques et médiatiques de ce sujet est souvent bien éloigné de la réalité.

Les flux migratoires sont le fruit d'une interaction¹ complexe entre pays d'origine et « pays d'accueil² ». D'un côté, si l'*émigration* est parfois voulue, elle est souvent forcée ou tout au moins subie et douloureuse. D'un autre côté, notamment parce qu'elle manquait de bras pour travailler, la France est depuis longtemps une *terre d'immigration* et d'accueil. Elle a connu plusieurs vagues de migrants et d'immigrants dont les origines ont varié : d'abord le maçon de la Creuse – l'étranger était alors celui qui n'était pas du « coin » –, puis les Européens et enfin, ceux d'origine plus lointaine. Ainsi, la France comptait un million

d'étrangers en 1881, 3 millions en 1931, environ 3,3 millions aujourd'hui : un chiffre qui ne montre pas qu'entretiens, nombre d'étrangers d'origine et leurs descendants ont acquis la nationalité française. Si on remonte à la quatrième génération, un quart des Français d'aujourd'hui ont au moins un parent étranger, soit 14 millions selon l'Ined³. Pourtant, ce processus s'est parfois fait dans la douleur : en cas de problèmes, les immigrés – ou leurs enfants – peuvent servir de boucs émissaires, en France comme dans les autres pays d'accueil.

L'immigration présente donc des dimensions historiques, économiques, sociales, culturelles, politiques et humaines. Mais son étude se heurte à de nombreuses difficultés dont il faut absolument avoir conscience.

La définition du groupe étudié fait difficulté

Hors des problèmes de statistiques – liés par exemple à la décolonisation –, nombreux sont ceux qui, dans une France laïque et républicaine, ne se définissent pas comme appartenant à une communauté⁴ ethnique ou religieuse (à la différence des États-Unis). Il faut aussi tenir compte des effets de visibilité : par leur couleur de peau, des Antillais en France ou des Noirs aux États-Unis sont parfois considérés à tort comme étrangers et en tout cas stigmatisables. Une visibilité qui varie dans le

temps et peut paradoxalement être accrue avec « l'intégration ».

Immigré, étranger ou population d'origine étrangère

Ensuite, tous les immigrés ne sont pas des étrangers et tous les étrangers ne sont pas des immigrés. On peut être immigré mais français grâce à l'acquisition de la nationalité : un immigré sur trois est devenu français. Aujourd'hui, s'il y a ainsi environ 3,3 millions d'étrangers, il y a environ 4 millions d'immigrés en France : des chiffres qu'il ne faut pas additionner. Et si la population étrangère (3,3 à 3,6 millions) est restée quasiment stable entre 1975 et 1999, c'est que l'accroissement naturel – naissances moins décès – de la population étrangère en France et le solde migratoire sont presque identiques au nombre d'acquisitions de la nationalité française.

Cependant, même naturalisé, l'immigré est souvent rappelé à son appartenance d'origine par sa condition sociale, son nom, et par un conflit entre deux normes : celles des pays d'origine et d'accueil. Cette crise d'identité déchire souvent l'immigré et parfois encore ses enfants. Mais ses enfants, nés et vivant en France, ne sont ni immigrés, ni à de rares exceptions près, étrangers. De cela, il découle la nécessité de faire aussi référence à la population d'origine étrangère (notamment chez les jeunes, mais aussi les naturalisés) afin de visualiser l'intégration en marche à travers le temps.

Un groupe homogène ou des groupes ?

Enfin, peut-on parler *des* immigrés, *des* étrangers et *des* personnes d'origine étrangère comme d'un groupe homogène ? Chaque nationalité, ou supposée telle, regroupe des individus ou des groupes pouvant être très différents socialement (catégorie et trajectoire sociales, âge, origine urbaine ou rurale, date d'arrivée, etc.), politiquement ou même culturellement. Parler des Italiens du Nord et du Sud comme d'un tout, englober juifs ashkénazes ou séfarades est très simplificateur mais pose aujourd'hui peu de problèmes puisque ces deux groupes sont considérés comme intégrés. Ce genre de confusion peut porter aujourd'hui, par exemple, sur arabes et musulmans⁵. En outre, même dans les sociétés communautaristes, l'homogénéité d'un groupe ethnique est loin d'être parfaite. Cependant, on peut parfois considérer ces groupes comme des entités homogènes surtout quand la stigmatisation est forte : attaqué, le groupe finit par s'imaginer une identité nationale qui lui sert de défense par rapport au stigmate, comme les Italiens aux États-Unis il y a un siècle, alors que leur sentiment national était faible en franchissant l'Atlantique. Malgré ces différences individuelles, la France a su assimiler de nombreuses populations et s'en est enrichie tout en restant une nation.

Les interrogations sur « l'intégration »

Assimilation et/ou intégration ?

• *L'assimilation* désigne le fait que l'immigré et surtout ses descendants adoptent les normes du pays « d'accueil », c'est un processus d'homogénéisation, subi et/ou voulu, conscient et/ou inconscient du groupe, notamment dans l'enfance ; ou alors, c'est une réduction des spécificités des pratiques sociales, culturelles et religieuses des étrangers d'origine par rapport aux pratiques et normes du pays « d'accueil », la France par exemple. Mais lesquelles ? Existe-t-il des normes ou pratiques nationales qui transcenderaient celles propres à chaque groupe social ? Sans doute, mais les unes ne peuvent pas faire oublier les autres ce qui rend les comparaisons difficiles entre les normes « françaises » et celles de tel individu et/ou groupe étranger. C'est pourquoi, en plus de la nation, on s'assimile aussi aux normes et pratiques de la région, de la ville, du quartier, du groupe social (classe, club, association, etc.) dans lequel on vit. Il faut enfin souligner que les normes ne sont pas immuables et les cultures d'origine ne s'effacent ainsi pas totalement. C'est pourquoi on parle en France de *creuset*⁶ et parfois aux États-Unis de *melting-pot* : pays qui se sont enrichis des cultures apportées par les immigrés.

• *L'intégration* : le terme est aujourd'hui souvent employé au nom du respect des différences. D'un côté, par ceux qui ne veulent pas de l'assimilation et, de l'autre, par ceux qui la souhaitent – ou simplement la constatent – mais ne désirent pas trop en parler : dans ce dernier cas, le terme *intégration* est donc *utilisé comme un euphémisme pour désigner l'assimilation*. Or, l'intégration désignait dans le vocabulaire des sciences sociales, le processus par lequel un individu devient membre, par exemple, d'un groupe social, d'un groupe de pairs – comme les syndicats ou les associations –, ou plus globalement de la nation. Cette participation facilite la cohésion sociale même si cela ne signifie pas que le rapprochement ou l'assimilation des normes soit achevé. *A contrario*, on peut être assimilé culturellement (par exemple à travers le rapprochement des normes de fécondité) et pas forcément intégré socio-économiquement (jeunes d'origine algérienne plus touchés par le chômage que la moyenne de la jeunesse), ou l'inverse (les Turcs qui travaillent mais sont encore loin des normes culturelles de la France). Malgré cette dichotomie, l'assimilation peut aussi entraîner l'intégration et *vice versa*⁷.

L'intégration comme l'assimilation se font par la socialisation à travers des *institutions* mais aussi dans les multiples moments (*interactions*) de la vie quotidienne, d'où l'importance des formes et lieux de sociabilité ainsi que des groupes sociaux d'appartenance. Elles dépendent aussi de facteurs irrationnels comme les peurs, la visibilité et la stigmatisation, la composition de l'immigration, la diversité des situations personnelles, familiales ou sociales, la conjoncture économique et les relations avec le pays d'origine qui, par exemple, ont été pour les Italiens ou les Allemands et sont pour les Algériens – et par extension les Maghrébins –, des obstacles, puisque leurs pays d'origine ont été en guerre avec la France.

Les parents immigrés et/ou leurs enfants ?

Autre difficulté : étudie-t-on la première génération, celle des parents, parfois naturalisés, nés hors de France, ou des générations suivantes c'est-à-dire leurs (petits) enfants, souvent nés ou au moins socialisés en France et donc

quasi automatiquement français ? Les problèmes des premiers et des seconds sont très différents dans de nombreux domaines, ce qui amène parfois des conflits familiaux et de normes comme sur le statut des femmes. D'ailleurs, l'évolution du vocabulaire commun et réducteur du monde « politico-médiatique » et de l'opinion publique est symbolique : on a d'abord surtout parlé des travailleurs immigrés (quand ils venaient seuls), puis des immigrés (quand ils venaient en famille) ; aujourd'hui, on insiste sur les enfants d'immigrés (la « deuxième génération » : un terme vague et ambigu comme pour dire qu'ils ne sont ou ne seront pas tout à fait français), par exemple les « beurs » (les jeunes « arabes ») ou les « jeunes des banlieues » qui seraient plus difficiles à intégrer.

Quel modèle « d'intégration » ?

Dernière difficulté, enfin, en termes de culture : se réfère-t-on à la culture légitime (théorisée par Pierre Bourdieu⁸) ou à celle des classes populaires françaises ? Ne faut-il pas alors repla-

cer les immigrés dans les classes populaires françaises même si les jeunes issus de cette immigration refusent souvent de suivre le même parcours social que leurs parents ? Comme les jeunes français issus des classes populaires, ils ont souvent la haine de l'usine, un phénomène accentué par le chômage⁹.

Des effets de contexte

Les crises et mutations créent des inquiétudes qui alimentent la xénophobie et rendent plus difficile l'intégration. Périodiquement, « l'immigration » revient sur le devant de la scène, certains l'accusant, à des degrés divers, de beaucoup de maux de notre société. Ces discours récurrents connaissent un grand succès auprès de certains, symptôme des temps de crise et de mutations intenses. C'est le cas aujourd'hui car, en plus des évolutions de l'emploi, notre société s'inquiète de son vieillissement, des changements à l'école, dans les structures familiales ou même en matière d'identité nationale à l'heure de la mondialisation économique et de l'intégration européenne. Émile Dur-

kheim s'inquiétait déjà des conséquences sociales de certaines mutations voilà un siècle ! Dans chacune de ces périodes difficiles, la logique du bouc émissaire veut faire croire à « l'impossible intégration », notamment pour les derniers arrivés : hier les Italiens, Arméniens ou Polonais, aujourd'hui les Maghrébins ou Noirs africains. On se crispe d'autant plus que l'immigration pose le problème de *l'altérité* : si « l'autre » nous enrichit, il fait parfois peur quand nos repères chancellent.

Glorifier la nation et stigmatiser l'étranger, groupe à l'image dévalorisée et que l'on dévalorise, permettra par exemple à des nationaux de souche voire à des naturalisés, de croire qu'ils ne sont pas des « immigrés de l'intérieur », c'est-à-dire des individus socialement déclassés. De tels malaises, souvent amplifiés et exploités par quelques partis et certains médias qui *imposent des problématiques caricaturales*, favorisent les replis communautaires, la xénophobie, le retour des intégrismes. Si elles doivent être prises en compte

dans l'analyse, ces peurs paraissent bien exagérées pour plusieurs raisons. D'abord, les groupes stigmatisés, le plus souvent des jeunes d'origine étrangère, sont en grande majorité juridiquement mais aussi culturellement français. Ensuite, la culture et l'identité françaises se modifient et s'enrichissent des divers apports étrangers. Enfin, l'assimilation a quelque chose d'inéluctable. Non seulement l'acquisition des normes du pays « d'accueil » se fait par un apprentissage méthodique notamment à l'école – symbole du rôle décisif de l'État qui intervient aussi à travers le droit et les services publics qui maillent le territoire –, mais cette acquisition est aussi en partie inconsciente et même invisible, par le biais des multiples interactions quotidiennes.

C'est pourquoi considérer « l'immigration » comme problème n'est-ce pas confondre, comme le dit Sayad¹⁰: « *les problèmes que poseraient les immigrés (et leurs enfants) avec ceux d'une société française qui, comme tant d'autres, aurait besoin de boucs émissaires en période difficile ?* ». Parler des problèmes que les « immigrés » poseraient à la France, n'est-ce pas éviter d'évoquer les difficultés sociales qui peuvent les toucher ? La crispation sur « l'immigration » n'est-elle pas « simplement » le reflet de la crise plus générale des couches populaires (déclin de la culture ouvrière, chômage, quartiers difficiles, etc.) auxquelles appartiennent beaucoup d'étrangers de nationalité ou d'origine ? Sachant que si certains problèmes touchent davantage les populations étrangères de nationalité ou d'origine, cela tient essentiellement aux caractéristiques sociales de ces groupes ; ce n'est donc pas une question « ethnique ».

Concentrer l'attention sur le côté pré-tendument ethnique des difficultés sociales, n'est-ce pas gêner « l'intégration » et transformer la lecture ethnique en réalité, comme dans une sorte de prophétie auto-réalisante¹¹. Par exemple, comment vont réagir ces « enfants de l'immigration », notamment noire et nord-africaine, si on stigmatise sans cesse leurs lointaines origines étrangères surtout quand cette supposée différence paraît expliquer certaines de leurs difficultés comme le chômage ? Vont-ils, en quête d'autres repères, revendiquer ces origines jusqu'à l'excès

provocateur, quitte à les bricoler ou à les refabriquer, voire à adopter un comportement de communauté ethnique séparée ? Ou à rejoindre le comportement d'*outsiders*¹² d'une partie d'entre eux, certes très minoritaire mais aussi très visible ? La perception des choses étant souvent aussi importante que la réalité, l'identité se construit aussi en fonction de la façon dont les autres nous regardent.

Finalement, la France reste très fortement intégratrice et assimilatrice malgré des obstacles essentiellement sociaux. Ainsi, si aujourd'hui « l'intégration » des Italiens et de leurs descendants apparaît réussie, l'histoire montre que ce ne fut pas si simple. De la même façon, alors que le même sens commun dépeint « l'intégration » des Maghrébins et de leurs enfants comme difficile voire impossible, elle est effectivement en marche pour la majorité d'entre eux, malgré des difficultés sociales, d'éventuels conflits de normes et le contexte politique et médiatique ; autant d'éléments qui peuvent faire varier la vitesse « d'intégration » des individus. En effet, des sportifs, des acteurs – même s'il serait naïf de penser que le sport et l'art pourraient résoudre tous les problèmes sociaux –, des journalistes, mais aussi d'autres citoyens moins médiatiques d'origine maghrébine, commencent, malgré des obstacles, à se faire une place dans notre société même s'il faut faire mieux en matière d'emploi par exemple. Si chacun doit faire un effort, offrons à ces jeunes – comme à tous les citoyens de ce pays – des perspectives d'avenir et davantage de raisons de croire en une France généreuse où, idéalement, chacun pourrait trouver sa place et apporter sa pierre.

Eric Taïeb

Professeur agrégé de sciences économiques et sociales.

Auteur, à partir de sa thèse de *Immigrés : l'effet générations*, éditions de l'Atelier, 1998. Le présent article est tiré de l'introduction de cet ouvrage. Auteur, par ailleurs, de *Les équipes de France et l'intégration*, Revue Espaces et sociétés, éditions de L'Harmattan, été 2001 et de *Il n'y a pas de danger communautariste maghrébin*, Panoramiques, novembre 2000.

1. On parle souvent d'acculturation : processus interactif de changement culturel provoqué par le contact prolongé entre deux cultures ; sa réussite dépend de la société d'accueil comme de ceux qui viennent de vivre un déracinement voire un exil. Toute acculturation est un mélange qui peut conduire à l'assimilation ou à l'intégration mais ne produit pas que des effets positifs ; l'anomie ou les conflits peuvent guetter. Certains voient le mélange comme une richesse – comme l'école de sociologie de Chicago ou ceux qui ne craignent pas pour leur situation sociale –, d'autres en ont peur.

2. La France l'est de fait pour « ses » immigrés, et cela sans connotation laudative ou péjorative. Mais le terme est un peu ambigu pour leurs enfants (la deuxième génération) dans la mesure où ils ont été socialisés en France et un grand nombre d'entre eux y sont même nés. Si nous avons gardé ce terme pour eux (avec souvent des guillemets pour pallier l'ambiguïté), c'est pour bien montrer que des origines étrangères n'empêchent nullement l'assimilation et/ou l'intégration.

3. Ined. 100 ans d'immigration. TD n° 131, 1991. Et même 18 millions selon P. Milza, Un siècle d'immigration étrangère en France. Vingtième siècle, juillet-septembre 1985.

4. Communauté : regroupement par origines nationales (et/ou religieuses). Pour les uns (école de sociologie de Chicago), c'est un relais vers l'intégration, une médiation entre le nouvel immigrant et la société d'accueil. Mais pour d'autres, quand la communauté devient la référence sociale principale, voire unique, d'appartenance, comme parfois aux États-Unis, on risque de basculer dans le communautarisme et alors dériver vers la ségrégation (« l'hyperghetto » américain), voire le séparatisme comme le réclame le leader noir, Louis Farrakhan. Il ne faut pas confondre le terme de communauté « ethnique » avec celui de community, regroupement plus local (de biens ou d'intérêt) aux États-Unis sans dimension forcément ethnique.

5. Premièrement, chez les Algériens, les Kabyles sont musulmans mais pas arabes. Deuxièmement, tous les Arabes ne sont pas musulmans puisque certains sont chrétiens ou encore « juifs arabes ». Et, troisièmement, en France, tous les musulmans ne viennent pas du Maghreb mais, par exemple, d'Afrique noire ou même de l'ancienne Yougoslavie ; d'ailleurs, si en France on a longtemps parlé des Yougoslaves, il n'est pas facile aujourd'hui de les évoquer comme une entité.

6. Noiriel G. Le Creuset français : histoire de l'immigration en France du XIX^e au XX^e siècle. Paris : Seuil, coll. Points Histoire, 1992 : 437 p.

7. Pour toutes ces raisons et afin de faciliter la compréhension du lecteur, nous emploierons le terme « intégration » entre guillemets quand il recouvrira les deux dimensions : assimilation des normes et intégration sociale par l'emploi ou les groupes de pairs.

8. En résumé, la culture légitime – savoir, pratiques – est celle des classes supérieures et est reconnue comme référence sociale, y compris par ceux qui ne la possèdent pas et qui feront beaucoup pour essayer de se l'approprier : comme les couches moyennes voire populaires à travers, par exemple, l'école.

9. Cela explique en partie leur attitude parfois hostile à l'école qui, pensent-ils, ne leur permettra pas d'échapper à ce futur ouvrier [cf. Bourdieu P. (sous la dir.), La Misère du monde. Paris : Seuil, 1993 : 947 p.].

10. Sayad A. La double absence : des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré. Paris : Seuil, coll. Liber, 1999 : 439 p.

11. Quand on considère une chose comme vraie, elle peut le devenir surtout si le contexte s'y prête. Par exemple, une rumeur fait croire qu'un lycée est mauvais. Les bons élèves n'y vont plus. Les résultats baissent et un nouvel exode de bons élèves se produit.

12. L'*outsider* n'a pas les normes habituelles : il est donc considéré comme « hors » de la société ; mais il peut lui aussi ne pas reconnaître tout ou partie de la légitimité de ces normes sociales. Il peut alors ne reconnaître essentiellement voire exclusivement que celles de son petit groupe d'appartenance [cf. le livre du sociologue interactionniste Howard Becker, *Outsiders : études de sociologie de la déviance*. Éditions Métailié, coll. Observations, 1985 : 248 p. (1963 éd. Américaine)].

L'anthropologue et l'éducateur de santé

Alain Epelboin est médecin ethnologue, chercheur au CNRS¹. Il étudie l'anthropologie du corps, de la santé, de la maladie, du malheur et du guérissage. Sa démarche s'est construite à partir de nombreuses observations réalisées en Afrique noire et en France, et d'allers-retours entre l'anthropologie sociale, les ethnosciences, les sciences biomédicales, l'anthropo-écologie, les sciences humaines et l'histoire des sciences. Il livre au cours de cet interview quelques réflexions sur le rôle de l'anthropologue comme « traducteur culturel ».

La Santé de l'homme : Comment envisagez-vous le rôle de l'anthropologue pour aborder les problèmes de santé et de prévention avec des personnes migrantes ?

Alain Epelboin : Comme enseignant, dans les écoles d'infirmières et de sages-femmes, les universités de médecine, les diplômes universitaires de 3^e cycle, et parfois à l'école primaire : cela existe déjà, mais de façon très dispersée. Sous forme de recherches-actions-formations visant des professionnels expérimentés, confrontés à une altérité incompréhensible, basées sur des allers et retours entre le ter-

rain (« le lit du malade », l'institution, le domicile du soigné, la rue), et les séminaires de formation. Tout d'abord, sous la forme de séminaires de sensibilisation aussi bien à la culture de l'autre qu'à sa propre culture au travers de l'anthropologie du corps, des âges de la vie, de la santé, du bien-être, de la maladie, du guérissage : la pédagogie doit être interactive, basée sur l'évocation et l'analyse de situations difficiles vécues par les participants et sur des allers et retours réguliers, opérés entre la culture personnelle et professionnelle de l'intervenant médico-social et celle des familles étudiées. Le rôle de l'anthropologue est aussi de répondre

à des consultations : le ou les dossiers, posant des problèmes aigus, graves ou chroniques, sont présentés et discutés, puis questionnés et analysés d'un point de vue anthropologique. Ceci aboutit, soit à un suivi sans rencontre physique avec l'individu et la famille, soit à un suivi avec rencontre, si possible en compagnie des personnels concernés, de façon à leur assurer une formation et un premier bilan en situation : puis, si possible, une synthèse est réalisée lors de réunions pluridisciplinaires et pluri-institutionnelles, mobilisant les différents intervenants connaisseurs de la famille. Ici encore, le téléphone permet le suivi et une assistance pertinents.

1. Ses compétences sont sollicitées par différentes équipes pluriprofessionnelles (AP-HP, Dases-PMI, HAD pédiatrique, etc.), à l'occasion de situations - graves - d'un point de vue clinique et/ou social, concernant des individus et/ou des familles de cultures sub-sahariennes. Depuis les années 1980, il dispense régulièrement des enseignements auprès d'étudiants de 3^e cycle (médecine tropicale, soins palliatifs, pédiatrie, etc.) et surtout auprès de personnels médico-sociaux confrontés à une altérité souvent incompréhensible, celle de certains ressortissants des dernières tranches de migration (Afrique subsaharienne, Turquie, Chine, Océan indien, ex-pays de l'Est, etc.).

S.H. : Sur quelles questions vous sollicitez-on ?

Alain Epelboin : Les questions et problèmes soulevés sont très nombreux et d'ordres divers : gestuelle, salutations, niveau sonore, regard, odeurs ; usages du français, de l'écriture, de la langue originelle, choix des traducteurs, rôle des accompagnants ; hygiène corporelle et domestique, alimentation, sommeil, sociabilité, expression des sentiments, des humeurs ; traitement des âges de la vie, grossesse, naissance, premier sourire, tenue de tête, première dent, station debout, première alimentation non lactée, premier mot, première phrase, premier pas, sevrage du sein, sevrage du biberon, puberté, mutilations corporelles, etc. ; sexualité, mariage, polygamie, divorce, ethnicité : interactions mère-enfant, rôles masculins, féminins, parentaux, aînés, cadets ; observance, réactions aux prises de sang, à la douleur ; saturnisme, handicaps, drépanocytose, tuberculose, sida, affections congénitales, accidents domestiques, maltraitance, diabète, pathologies du post-partum ; religions et croyances, guérisseurs, malfaisants, esprits et sorciers anthropophages ; etc.

S.H. : Quel est le fondement de votre approche anthropologique ?

Alain Epelboin : Le travail de l'anthropologue n'est pas de décrire les mœurs et les coutumes des métèques, comme le ferait un guide touristique, mais plutôt de proposer une démarche permettant de partir, non pas seulement de ses propres savoirs et représentations, mais aussi de ceux de l'autre.

Les sciences humaines et l'ethnologie en particulier, partent du principe que les sciences biomédicales et leurs acteurs, les personnels « médico-sociaux » proposent une « hygiène », des représentations du corps, des processus diagnostiques et thérapeutiques, des modèles de causalité, des codes d'observance et des éducations sanitaires marqués par les idéologies savantes et populaires des sociétés occidentales qui les ont inventés. Aussi, dès que la distance sociale et/ou culturelle croît entre soignants et soignés, la communication n'est pas adaptée au langage, aux mentalités, aux réalités concrètes de l'individu et/ou de la société considérée : elle ne tient pas compte de leurs usages, savoir-faire, représentations et discours, conscients et inconscients, dits et non-dits.

Il s'agit ici d'une approche anthropologique, dans certains cas d'une « médecine systémique », qui derrière l'individu, arbre masquant la forêt, envisage le(les) corps social passé, actuel, futur, et leurs interrelations avec un environnement à la fois écologique et fantasmagorique ; c'est-à-dire peuplé aussi bien d'humains, d'animaux, de parasites, de virus que d'êtres non visibles au

commun des mortels (génies, *djinn*, elfes, trolls, sorciers-anthropophages, ancêtres, esprits d'êtres à venir, etc.). Dans cette perspective, tout malheur qui frappe un individu implique une recherche de causalité, que ce malheur soit très grave (une souffrance aiguë, une mort subite, une maladie chronique, etc.) ou qu'il se répète sous des formes diverses (infortunes, accidents...) affectant le corps et les œuvres de l'individu lui-même, voire ceux d'autres membres de la famille résidentielle et/ou du corps social. Le rôle du devin-guérisseur, diagnostique et pronostique, est de donner du sens au mal, d'identifier les acteurs non visibles responsables des maux et malheurs, d'indiquer des voies d'échappement à la scansion du malheur.

S.H. : Vous êtes à l'initiative de formations qui permettent aux personnels de l'action médico-sociale de s'initier à la démarche anthropologique, pourquoi ?

Alain Epelboin : Les personnels du secteur sanitaire et social sont souvent aux prises avec des situations individuelles et/ou familiales où les dimensions culturelles semblent jouer, à tort ou à raison, un rôle prédominant. Ils expriment un grand besoin d'aide au « décodage » des histoires et modes de vie, des comportements et des propos des parents et des enfants.

Les formations proposées visent à décrire ce qui est familier et souvent incompréhensible aux intervenants en contact avec des familles migrantes. Il s'agit de démonter des *a priori* ethnocentriques, de restructurer des connaissances éparpillées qui faussent la vision de l'autre, afin de dégager les éléments relevant d'une culture spécifique et ceux qui sont propres aux personnes et familles étudiées. Cette approche permet de cerner les traits pathologiques ou psychopathologiques, en les définissant par rapport aux normes des sociétés d'origine : elle les envisage dans une perspective transculturelle mettant en jeu les interrelations de l'individu avec un corps social et ses croyances.

Je suis souvent sollicité pour intervenir au cas par cas, pour aider à résoudre des situations médico-sociales graves ; dans un grand nombre de cas, ces situations apparaissent bloquées, non pas en raison de la gravité objective, mais pour des raisons de distance sociale, idéologique et culturelle : une simple « traduction sociale et culturelle », aussi bien d'événements triviaux que de rituels extraordinaires, peut suffire à mettre fin à des quiproquos, au moins à les rendre intelligibles. Elle permet alors de penser une intervention ou une abstention utile.

Le travail de l'anthropologue est de situer toute personne dans son histoire de vie, dans sa famille et sa société, dans son contexte psychologique, économique, culturel et religieux, qu'elle soit originaire de la ville ou de la cam-

pagne, du sud ou du nord, du tiers ou du quart-monde, d'un quartier riche ou d'un squat.

S.H. : Comment conciliez-vous vos connaissances médicales construites sur des données scientifiques objectives et la référence aux djinns, forces invisibles et esprits maléfiques ?

Alain Epelboin : De la même façon que je respecte toute religion humaniste, dans une approche volontairement agnostique qui prend pour « vraies » les croyances et les représentations de la société et des interlocuteurs que je fréquente. Je n'ai pas besoin de voir un staphylocoque doré pour croire en son existence : pourtant, je vais ordonner ma vie, par exemple dans un évitement de la souillure d'une exco-riation cutanée par une salissure susceptible de contenir ce germe. L'ethnographie du monde non visible, que ce soit au travers de l'analyse de rituels magicoreligieux, de consultations de devins-guérisseurs ou de l'écoute des informateurs aussi bien enfantins que savants, permet à l'ethnologue, comme au lecteur de fictions, de « vivre » l'univers qui est ainsi dévoilé.

Je dis souvent que le métier de médecin ethnologue est un métier de schizophrène professionnel : on apprend à observer et analyser simultanément et/ou successivement un événement, du point de vue de différentes logiques disciplinaires (médicale, anthropologique, psychologique, écologique, historique, éthologique...) et aussi du point de vue de la culture de l'individu et de la société considérée.

S.H. : L'anthropologue a-t-il un rôle à jouer dans des programmes d'éducation et de prévention ?

Alain Epelboin : Je défends l'idée que des vacations d'anthropologue devraient être mises en place dans les institutions hospitalières et médico-sociales, non pas seulement pour assurer des formations ponctuelles, mais pour pouvoir, au cas par cas, participer au suivi de situations cliniques et/ou sociales graves et/ou chroniques. Ces « situations », ces cas mobilisent à chaque fois une foultitude d'intervenants, de compétences professionnelles et institutionnelles différentes : aides-soignants, assistantes sociales, psychologues, puéricultrices, infirmières, sages-femmes, secrétaires, médecins, hospitaliers, scolaires, libéraux, généralistes ou spécialistes, bénévoles, associatifs, religieux... Ces interventions, *a minima*, sont efficaces parce qu'elles participent d'une mobilisation de la communication entre les acteurs médico-sociaux de différents niveaux hiérarchiques et institutionnels impliqués dans la prise en charge du « cas ».

Propos recueillis par **Michel Dépinoy**

La maladie et les *jinn* dans la tradition arabo-musulmane

Certains migrants d'origine maghrébine conservent une perception magico-spirituelle de la maladie. Cet article de Ahmed Rahal propose quelques interprétations sur l'origine et les références ethnoculturelles de cette perception.

L'attribution d'une origine surnaturelle à certains troubles pathologiques est un principe partagé par la plupart des sociétés traditionnelles. Dans les systèmes surnaturalistes¹, la maladie est envisagée comme une action malveillante et préméditée d'une entité spirituelle (divinité, ancêtre, *jinn*, etc.). La ritualité afférente à ce mode de perception procède, le plus souvent, d'une logique interprétative. Elle s'attache à établir une causalité mystique qui consacre l'événement maladie en le dotant d'une signification sociale et spirituelle. La désignation d'un esprit pathogène et la mise en œuvre des modalités curatives participent de cette structuration du sens. Ce dispositif se construit dans chaque société en rapport avec la pensée socio-religieuse. Car la maladie indique, au-delà du trouble personnel, un désordre au niveau des liens avec l'univers du sacré. Et c'est ce désordre que le rituel thérapeutique s'emploie à neutraliser, « à traiter » par les procédés appropriés (cérémonies, offrandes, sacrifices, incantations, etc.).

La maladie comme persécution

Là où la démarche biomédicale s'attache à expliquer et à traiter les causes objectives et observables de la maladie, la médecine traditionnelle cherche à interpréter et à traiter un événement dans sa dimension sociale et religieuse. Énoncé en terme de malheur et de malédiction, l'événement maladie implique non seulement le patient, mais l'ensemble du corps social. Ainsi, la notion de traitement et de guérison recouvre, dans les deux systèmes, deux réalités différentes.

Ce qui apparaît déterminant, dans le dispositif de traitement rituel, ce n'est pas tant l'identification d'un esprit agresseur que l'imputation du mal à l'agression d'un esprit. La maladie est essentiellement vécue comme une persécution. Elle se situe en dehors du contrôle et de la responsabilité du malade. Et celui-ci n'est perçu et ne se perçoit que comme victime des forces invisibles.

Les thérapies traditionnelles au Maghreb se caractérisent par une diversité de pratiques, dont les plus représentatives sont celles qui s'articulent autour de la possession et des atteintes par les *jinn*² (1). L'appellation *jinn* (sing. *jann* : génie, démon) signifie étymologiquement ce qui est caché, dissimulé

ou imperceptible. Dans la religion musulmane, elle désigne une catégorie démonologique, probablement d'origine préislamique (2), largement évoquée et attestée dans le texte coranique. Un chapitre entier est consacré aux *jinn* (3) et plusieurs autres versets traitent de leur nature et de leurs prérogatives. On y apprend notamment que les *jinn* constituent l'un des règnes de la création divine (s51 v56), qu'ils ont été créés « de feu subtil » (s55 v12) et ont, de ce fait, une puissance supérieure à l'homme « créé d'argile ». Ils sont destinés à évoluer dans l'univers des humains, qu'ils tentent assidûment de corrompre en les déviant du droit chemin (s6 v128, s41 v29, s46 v18), les mécréants d'entre eux sont voués au feu de l'enfer (s7 v179, s32 v13, s37 v158).

Jinn et religion musulmane

La tradition arabo-musulmane établit une classification des *jinn* selon les quatre éléments originels considérés, à la fois, comme constitutifs de leur nature et déterminant les différents milieux où ils sont censés résider (*jinn* de la terre, du feu, de l'air, de l'eau). Cette classification comporte également les attributs et les propriétés nocives de chaque catégorie, ainsi que les circonstances et les modalités de leurs agressions (4).

On ne relève cependant, dans le texte coranique, aucune indication concernant les propriétés pathogènes des *jinn* tels que les conçoit la tradition magico-spirituelle. Celle-ci s'est constituée, en partie, sur la base de certains dits, attribués au prophète³ et témoignant de la « réalité » de ces atteintes. Aussi, il est rapporté que les agressions par les *jinn* prennent la forme d'une « intrusion dans l'organisme », de manière ponctuelle ou permanente (5). Les orifices naturels constitueraient les voies les plus

empruntées par les *jinn* pour investir le corps de leurs victimes. Enfin, les *jinn* se laissent véhiculer par le sang et peuvent se loger dans un organe qu'ils affectent plus particulièrement (5). Le prophète aurait utilisé et préconisé la récitation de certains extraits coraniques pour traiter ces atteintes⁴.

La référence à la tradition religieuse a largement contribué au développement d'un corpus de connaissances spirituelles, à travers les innombrables traités, manuels et recettes édités, qui ont permis la diffusion de ces connaissances auprès d'un large public.

Les réseaux de guérisseurs puisent souvent dans ce corpus pour l'élaboration des diverses pratiques, individuelles ou collectives, qui intègrent la croyance aux *jinn* comme principe d'adhésion préalable à tout traitement rituel.

Ahmed Rahal

Ethnologue, enseignant-chercheur,
Université Tunis I, Tunisie.

Références bibliographiques

- (1) Rahal A. *La communauté noire de Tunis : thérapie initiatique et rite de possession*. Paris : L'Harmattan, coll. La bibliothèque d'Africultures, 2000 : 160 p.
- (2) Chelhod J. *Les structures du sacré chez les Arabes*. Paris : J. Maisonneuve,
- (3) Les *jinn*. Coran, sourate 72.
- (4) Doutté E. *Magie et religion dans l'Afrique du Nord*. Paris : J. Maisonneuve, 1984 : 617 p.
- (5) Ben Saïdane S. *Al-Mass chaitâni* (L'atteinte démoniaque). Dar Taysir : Aden, 2000.

1. Par opposition à la conception naturaliste qui caractérise la médecine moderne.

2. Thérapies initiatiques, rituels d'exorcisme, guérisseurs talismaniques, etc.

3. Ces dits et leurs interprétations constituent la sunnâ dans la religion musulmane.

4. Ce rituel appelé *roqia* et perpétué jusqu'à nos jours comporte également le soufflement (*nafeth*) et l'imposition des mains.

Prévention de la toxicomanie en milieu migrant

S'il existe une spécificité de la toxicomanie des jeunes issus de l'immigration, elle est à rechercher du côté de l'histoire des parents, de leur culture et surtout des situations d'exil douloureux souvent vécues. Aller à la rencontre de ces trajectoires particulières est, pour le Dr Catherine Jung, le préalable à toute action de prévention.

Il y a quelques difficultés à mener des actions de prévention spécifiques aux migrants – surtout lorsque l'on parle de toxicomanie – tant « *notre tradition française intégrationniste et républicaine nous fait craindre d'opérer un repérage des immigrés comme population à risque* » rappelle L. de Villepin (1). Les migrants eux-mêmes sont très méfiants sur cette question et craignent d'être stigmatisés.

Mais cette inquiétude ne doit pas se transformer en alibi pour ne rien faire. Nous constatons que la prévention généraliste n'est pas suffisamment efficace auprès des communautés migrantes qui ont des « besoins » spécifiques ; dès lors, la préoccupation d'associations de terrain comme la nôtre doit être de rechercher les moyens adéquats pour organiser une prévention ciblée sans que celle-ci désigne la population concernée comme étant plus « à risque » qu'une autre.

L'expérience de Migrations Santé Alsace montre que la réalisation d'actions de prévention spécifiques menées localement¹ peut lever la défiance et obtenir l'assentiment des populations. Tout en restant vigilants à ne pas tomber dans une approche communautariste, si le contenu du message reste le même, le mode d'intervention doit tenir compte de la détermination culturelle des comportements à l'égard de la santé.

L'analyse des représentations de la toxicomanie chez les migrants² peut

permettre de dégager des axes pour la prévention.

Les trajectoires migratoires

Avant de parler de prévention, un détour par ce que l'on appelle la trajectoire migratoire paraît nécessaire. Pour beaucoup, « *au début, il y a la peur et la misère, ou les deux* » (2). Au début, en effet, pour de nombreux Turcs comme pour la plupart des Maghrébins, les hommes sont venus seuls pour gagner leur vie et celle de leur famille, à une époque ancienne où la France avait besoin de main-d'œuvre ou, plus récemment, pour trouver un travail et des ressources qu'ils ne trouvaient plus chez eux. Ils rêvaient de gagner leur vie, vite et bien, et de pouvoir retourner chez eux le plus rapidement possible. Ils n'étaient pas préparés à ce qui les attendait dans le pays d'accueil. Ils ne cherchaient pas non plus à s'intégrer puisqu'ils ne pensaient rester que quelques années avant de pouvoir retourner définitivement au pays. Les années passant, le rêve s'est effrité et le retour s'est vu repousser à une date ultérieure. Ils ont alors fait venir leurs familles, femmes et enfants, et ont eu d'autres enfants nés en France. Pour ces familles, revivre ensemble après plusieurs années de séparation n'a pas toujours été simple. Le père était avec eux en été pendant les vacances et il repartait pour revenir l'année suivante. Il devenait ainsi un étranger et retrouver la place de père n'était pas toujours facile pour lui. D'autres facteurs rendent leur vie ensemble difficile : la famille est

relativement isolée, les femmes sortent peu, les appartements HLM sont petits, la promiscuité est importante et l'extérieur paraît à certains plein de dangers. Vivre à nouveau ensemble n'est pas toujours une fête.

Parfois, les familles viennent ensemble espérant élever leurs enfants dans un pays où ils auront plus de chance de faire des études, d'avoir tout ce qu'il leur faut et de faire un bon métier. La vie s'organise difficilement. Les enfants grandissent très proches des parents parce que le nouveau territoire s'avère difficile à apprivoiser. Du rêve à la réalité, la distance devient infranchissable. On s'en accomode peu à peu, on s'adapte sans s'intégrer... du provisoire qui dure... Pour la famille, l'entrée des enfants à l'école est une étape importante car elle est le moment de la vraie rencontre avec la langue et la culture du pays d'accueil. La maîtresse est compréhensive, elle propose d'aider, demande aux parents de collaborer, propose l'aide d'un psychologue ou d'un orthophoniste. C'est à ce moment-là qu'apparaît la fissure subtile et imperceptible.

Comment ces parents, eux-mêmes en grande difficulté, pourraient-ils encore aider leurs enfants ? Ils font déjà plus qu'ils n'en peuvent, le travail, les courses... et le soir, la fatigue. La proposition d'aide les met en position inconfortable et souligne leurs difficultés. Elle leur renvoie une image très négative d'eux-mêmes : ils se sentent de

mauvais parents, incapables de remplir leur fonction d'éducation. Que peuvent-ils transmettre ? Que peuvent-ils apporter à leurs enfants, ici où ils pensent parfois qu'il faut que l'enfant s'imprègne le plus possible de la culture française pour réussir ? Ils se sentent démunis. C'est à ce moment-là que les enfants commencent à entrevoir la brèche qui fera d'eux des adolescents à risque.

Face à l'échec de leurs enfants, qui n'en est pas toujours un mais plus souvent un parcours scolaire un peu chaotique, ou qui ne correspond pas à ce que les parents espéraient des études, quelle peut être l'attitude de ces derniers ? Ils peuvent rendre l'école responsable de l'échec de leurs enfants et s'installer dans cette certitude.

L'échec des enfants et l'effondrement progressif du mythe du retour vont provoquer parfois l'effondrement des parents sur un mode dépressif ou les inciter à s'accrocher à leurs rêves et à s'enfermer dans des attitudes de plus en plus rigides.

Les enfants sont confrontés très tôt à la fragilité de leurs parents, leur impuissance et leur propre sentiment

de culpabilité de n'avoir pas su correspondre à leurs rêves. Il est alors difficile pour les enfants de s'identifier à des parents déstabilisés. Comment pouvoir s'opposer à eux sans avoir le sentiment de les détruire ? Comment continuer à les aimer et à les respecter ? Toutes ces questions se posent aux jeunes issus de l'immigration avec des degrés très variables. De nombreuses familles parviennent malgré tout à trouver des ressources pour faire face et ces situations, bien que difficiles à vivre, ne sont pas toujours des catastrophes sans issues. Tous les enfants de migrants ne deviennent pas des adolescents à problèmes !

Les jeunes issus de l'immigration et la toxicomanie

Il est difficile de parler des enfants de migrants de manière générale ; ils sont loin d'être tous pareils et ont des trajets différents. Il est important face à eux, de même que face à n'importe quel jeune en situation difficile, de prendre le risque de la rencontre, c'est-à-dire de ne pas oublier qu'il s'agit d'un individu, avec une histoire et des difficultés propres.

Être « jeune issu de l'immigration » n'est pas en soi un facteur de risque de devenir toxicomane. Les étu-

des font plutôt ressortir que ces jeunes sont sur-représentés dans les populations à risque : chômage, absence de formation, situation économique et sociale précaire. En revanche, et à la lumière de ce qui vient d'être dit sur les trajectoires migratoires, il est aisé de comprendre que le jeune migrant soit confronté au moment de ce passage de l'enfance à l'âge adulte, à un questionnement plus difficile et plus douloureux sur son identité.

On dit couramment qu'il est assis entre deux cultures. Qu'est-ce que cela signifie ? Petit, son éducation se fait en général dans la culture des parents : la langue maternelle est la langue du pays d'origine, c'est aussi la langue du dedans, celle qui est parlée à la maison. Il va découvrir le français à l'école, c'est la langue de l'extérieur. Nous savons tous combien les rapports entre ces deux cultures sont compliqués. Même si les choses sont en train de changer, la culture des parents est largement dévaluée ou tout au moins ignorée à l'extérieur.

Comment le père peut-il réagir au moment de l'adolescence ? Robert Berthelier décrivait trois situations bien différentes (3).

Où l'adolescent a beaucoup de difficultés à trouver des repères et il n'arrive pas du tout à se situer : il n'est plus entre deux cultures, il n'appartient plus vraiment à aucune. Cela se traduit même au niveau de la langue : il a du mal à s'exprimer en français, mais aussi en turc ou en arabe. Ces jeunes-là sont dans une grande difficulté.

Où l'adolescent n'arrive pas à faire le lien entre les deux et il devient en quelque sorte scindé. D'un côté, il y a la culture de l'intérieur, où les traditions sont respectées, on parle la langue du pays et, de l'autre, la culture de l'extérieur dans laquelle il vit comme les autochtones. Il trouve alors un équilibre qui lui permet la survie et même une certaine forme d'adaptation. Mais cet équilibre est précaire et peut basculer à tout moment.

Où enfin, prenant appui sur les deux cultures, il peut bâtir sa personnalité, évoluer et parvenir à s'intégrer. Il ne renie pas ses origines, elles sont même valorisées et constituent des bases solides pour construire sa vie d'adulte.

Cette présentation est bien sûr schématique. Elle est variable pour chaque individu et tous les intermédiaires existent y compris dans le temps. Il n'est pas question de figer les jeunes dans des schémas trop rigides.

Pour les jeunes musulmans, la toxicomanie représente une transgression majeure de la loi du père. Il est nécessaire de rappeler que dans la culture arabo-musulmane, la notion du respect est fondamentale, bien plus importante que chez nous. Par exemple, fumer devant son père est une marque de non-respect. Se droguer est alors vécu comme une transgression très grave. Les jeunes français peuvent avoir le sentiment de faire souffrir leurs parents, mais beaucoup moins de leur manquer de respect. Les jeunes issus de l'immigration se sentent bien plus coupables et, de ce fait, se marginalisent davantage. Ils savent aussi tout le poids de la communauté, de ce que ses autres membres penseront d'eux et de leur famille.

À l'inverse, la toxicomanie peut être, pour certains, le moyen de chercher à s'intégrer, de faire comme les copains français de leur âge, d'être l'occasion d'une rencontre avec d'autres jeunes. De même que l'alcool a pu être un facteur d'intégration pour leur père, la toxicomanie à l'héroïne ou actuellement aux médicaments peut jouer ce rôle pour eux. C'est aussi un moyen de rompre avec le milieu culturel familial.

Dans ce même registre, il faut aussi noter les variations du mode d'administration des produits. Les jeunes qui ont immigré récemment s'administrent les produits selon les modes traditionnels dans leurs pays d'origine : plutôt fumer ou sniffer que s'injecter. S'ils ont immigré tôt dans leur enfance, les modes d'administration utilisés sont peu différents de ceux utilisés par les jeunes autochtones. D'ailleurs, N. Guy rapportait que « *l'héroïnomanie pourrait être, par le biais de la seringue, l'injection au plus profond de soi (de ses veines, de son sang) d'un produit culturel occidental* » (4). Ainsi, la pratique répondrait à un désir profond de s'intégrer. Parfois, ce désir est d'ailleurs en contradiction avec la crainte qui habite en même temps les jeunes issus de l'immigration de renier ses origines.

Les parents et leurs représentations de la toxicomanie

Pour les parents, la toxicomanie de leurs enfants est un fléau face auquel ils se sentent impuissants à réagir et, pour les parents d'enfants plus jeunes, une fatalité à laquelle ils ne pourront échapper qu'en quittant le quartier. De même qu'ils se sentent dépossédés de leur fonction d'éducation par l'institution scolaire, ils se sentent tout aussi incapables de pouvoir protéger leurs enfants de ce qu'ils considèrent comme les méfaits de la culture occidentale.

Il a pu être dit que les familles migrantes se caractérisent par une relation plus fusionnelle entre la mère et l'enfant, et une absence du père. Mais comment un père qui se sent dévalorisé à l'extérieur, non reconnu dans sa culture, dans son travail, peut-il être la personne qui permet l'ouverture du couple mère-enfant ?

Vue de l'extérieur, la vie de famille est riche, avec une vie sociale importante, de nombreuses fêtes auxquelles toute la communauté participe. Ceci contraste, néanmoins, avec le peu de dialogue qui existe à l'intérieur de la famille.

Beaucoup de jeunes disent que leur père ne parle pas, ne leur a jamais parlé et surtout pas de la question qui les préoccupe au premier chef, à savoir la raison de leur exil. Pourquoi l'ont-ils choisi alors que la vie en France ne représente pas vraiment le paradis dont ils ont entendu parler ? Ce silence sur l'exil se double d'un silence sur tout le reste : beaucoup d'enfants ne savent pas si leur père travaille et, s'il travaille, ce qu'il fait.

Lorsqu'un jeune « tombe » dans la toxicomanie, c'est en général la mère qui le découvre ou en est informée la première. Dans un premier temps, elle va essayer de cacher ce fait au père. Elle va chercher à protéger, par tous les moyens, son fils de la colère du père en se disant que « *s'il le découvre, il va me le tuer* ». Ce secret partagé entre mère et fils renforce leur lien de dépendance et ne permet plus au fils de s'autonomiser. Cette relation conforte la mère dans son rôle de mère protectrice. On peut d'ailleurs se demander si parfois la mère ne se sert pas de la toxicomanie du fils pour mettre en évidence l'échec du projet migratoire du père, qu'elle a accompagné, subi mais pas toujours souhaité. La toxicomanie apparaît comme le révélé-

lateur de tensions intra-familiales. Ceci n'est pas spécifique de la migration, mais ce qui est particulier dans ce cas, c'est qu'elle réactive les deuils et les pertes concernant le pays d'origine.

Puis la situation s'aggrave. Le père finit par découvrir le pot aux roses... Il peut alors réagir de différentes manières : se désintéresser de la question et laisser à la mère le soin de démêler le problème (« *c'est ton fils* »), utiliser la violence et séquestrer son fils pour tenter de le sevrer. La troisième solution, qui survient souvent après un temps long, est d'imaginer un retour au pays comme cure de sevrage dans un lieu où, croit-il, ces produits n'ont pas cours et où son fils pourra récupérer sa santé. Il fait alors appel à un oncle ou un parent resté au pays, et – renouant par ce biais avec ses racines – il réintègre la communauté. Le fait que le sevrage soit possible au pays mais pas au quartier renforce les populations d'origine immigrée dans l'idée que la toxicomanie est bien, comme l'alcool d'ailleurs, un produit de l'Occident perçu comme maléfique.

Dans tous les cas, l'échec de l'enfant replace le père face à son propre échec, à ce projet qui n'a pas abouti. Son fils aurait dû réussir là où lui, le père, a échoué.

Il est surprenant de constater que les pères ne s'imaginent pas faire appel aux dispositifs d'accompagnement et de soin français. En fait, ils sont méfiants vis-à-vis des dispositifs existants. Ils craignent que leur autorité paternelle ne soit encore une fois mise à mal par les services sociaux. Ils ressentent les prises de position de ces services comme féministes, protégeant les femmes et les enfants. Ce sont des lieux – croient-ils – où chaque acte d'autorité peut être contesté par un juge pour enfant ou aboutir au placement de leur famille dans un foyer. Ils ne se sentent pas écoutés, entendus et compris, mais au contraire contestés dans leur autorité. Au mieux, les services français ne leur sont d'aucune aide et, au pire, ils vont aggraver leur situation, car ces pères les soupçonnent en plus d'être racistes. Le racisme est d'ailleurs souvent invoqué quand eux-mêmes ne peuvent faire face à une situation difficile, c'est une manière de se décharger de la responsabilité.

Aux yeux des parents, les dispositifs existants ne les soutiennent pas ; l'inadéquation entre leur souhait et la réponse proposée est flagrante. Ils ne répondent pas à leurs demandes qu'ils expriment le plus souvent dans l'urgence.

Perspectives pour la prévention

Ces quelques réflexions font percevoir combien les actions de prévention auprès de ces populations doivent tenir compte de paramètres multiples et complexes.

La langue des échanges et de travail pose déjà question. Il est évident que pour les jeunes scolarisés en France, l'usage du français ne pose en général pas de problème. En revanche, pour les parents, la langue dans laquelle ils s'expriment le mieux est, en général, leur langue d'origine. En outre, le langage oral est à préférer à la langue écrite. Peu de maghrébins immigrés en France savent lire le français ou l'arabe ; ce constat est moins vrai pour les populations turques dont les hommes, en particulier, ont appris à lire le turc à l'école ou au service militaire.

Cette difficulté de lecture souligne combien ces populations sont peu touchées par les grandes campagnes de sensibilisation et de prévention.

Aussi, parce que les populations immigrées appartiennent plus à des cultures de tradition orale, la prévention a davantage de chance d'être efficace, si elle favorise le débat, si elle rend possible la prise de parole et si elle a comme objectif de revaloriser leur culture et leurs origines.

Par ailleurs, au vu de leur réticence par rapport aux professionnels français, soupçonnés de racisme, de vouloir les stigmatiser comme population à risque, ou simplement de vouloir répandre une culture plus permissive, il paraît important que la prévention se fasse par le biais de quelqu'un parlant la langue d'origine, appartenant à la communauté et en qui celle-ci a confiance. La formation de relais communautaires qui pourraient être l'interface entre ces familles et le dispositif français est extrêmement intéressant.

La formation des professionnels français doit aussi être prise en compte.

Connaître chaque culture n'a pas beaucoup de sens et ce travail serait bien trop important ; mais réfléchir à nos propres valeurs et à nos propres représentations pour pouvoir entendre celles de l'autre et les respecter, paraît tout à fait fondamental. Une telle démarche permettrait que ces professionnels soient prêts à prendre le risque de la rencontre de l'autre.

La toxicomanie des migrants n'est pas différente de celle des autochtones, elle est plutôt variable en fonction du milieu social. En revanche, la difficulté de l'exil et du vécu des deuils que porte forcément l'exil vient toujours compliquer les choses.

Catherine Jung

Médecin généraliste,

Présidente de Migrations Santé Alsace,
Strasbourg.

1. L'association mène, depuis quelques années, une action de prévention de la toxicomanie auprès des populations issues de l'immigration turque et maghrébine - travail avec les adultes.

2. Précisons d'emblée que nous nous référons essentiellement aux populations turques et maghrébines, parce qu'elles sont actuellement les deux communautés les plus nombreuses en Alsace, et par conséquent aussi celles que nous connaissons le mieux. Ceci ne veut pas dire que les populations originaires d'Asie du Sud-Est, d'Afrique Noire ou d'Europe de l'Est ne soient pas touchées par le phénomène de la toxicomanie ; nous les connaissons moins bien, soit qu'elles trouvent davantage de ressource au sein même de leur communauté soit qu'elles soient plus marginalisées.

Références bibliographiques

- (1) Villepin L. (de). *Des chiffres pseudo-confidentiels qui soulignent le facteur toxicomanie*. Le journal du sida, déc.1996-janv. 1997 : 4.
- (2) Fridman-Wenger M., Ferron C., Michaud P.-A., Alvin P. La santé des adolescents migrants. In : *La Santé des adolescents, approches, soins, prévention*. Michaud P.-A., Alvin P. (sous la dir. de). Lausanne : Payot, 1997 : 471-80.
- (3) Berthelot R. *Y a-t-il une toxicomanie des Maghrébins ?* Migrations Santé 1993 ; n° 74 : 5-20.
- (4) Guy N. *Toxicomanie chez les jeunes d'origine maghrébine*. Migrations Santé 1987 ; n° 36 : 1-4

Uraca : les passeurs de cultures

Depuis 1985, à deux pas du métro Barbès, l'association Uraca rapproche les continents. Pour lutter plus efficacement contre l'isolement ou la séropositivité de personnes migrantes, cette association mêle les tradipraticiens à la médecine classique et donne un sens tout africain au mot accueil.

Sur la porte d'entrée de l'association, il est conseillé de « Pousser fort ». Une femme malienne, visage rond, pull mauve, entre et interroge à la cantonade : « *Et si on n'a plus de force, on fait comment ?* ». La plaisanterie fait sourire la dizaine de personnes présentes, toutes africaines aussi. Dans les odeurs réconfortantes du repas qui se prépare, nul ne semble douter ici de la « force » apportée par le lieu lui-même. Ni surpris de cette boutade entre rires et larmes.

Une association de liens entre ici et là-bas

Le choix de l'Uraca de s'implanter au cœur du quartier de la Goutte d'Or à Paris n'est pas fortuit. Plus de mille personnes poussent la porte de ce local chaque année, originaires de vingt-neuf pays différents, africains pour l'essentiel. L'Unité de réflexion et d'action des communautés africaines (Uraca) est une « association de liens entre ici et là-bas » comme la définit avec son indéfectible sourire, le docteur Agnès Giannotti, sa directrice. De liens à établir entre les logiques de notre société d'accueil et celles des populations migrantes, dans le but d'entreprendre des actions de santé et de prévention plus efficaces.

Les questions semblent surprendre cette jeune médecin généraliste dont le cabinet est installé à quelques pas de l'association. Car ici, comme « là-bas », on n'apprend pas en questionnant mais « *en vivant avec les autres et en laissant de côté ses certitudes, ses connaissances et ses représentations* ». Le partage n'y est pas un vain mot. Chacun est accueilli sans protocole et partage le

repas de l'équipe s'il passe à l'heure du repas. « *Mais quelle équipe ?* » interroge Agnès Giannotti, « *vous en faites aussi partie pour le temps et le repas que vous partagez avec nous...* ». Tout comme cette jeune femme camerounaise, timide et souriante, venue aujourd'hui pour la première fois « *pour rencontrer d'autres femmes* ».

« *Lors de mon premier séjour en Afrique, j'ai été réellement déstabilisée* » poursuit la directrice de l'Uraca¹. « *Mes connaissances médicales et psychanalytiques étaient complètement inefficaces. Il ne se passait rien, j'étais à côté de la plaque* » se souvient-elle. « *Si un patient vient vous voir en vous disant « je suis possédé par un esprit », vous pouvez penser « cause toujours... ».* Mais en discutant avec lui, vous pouvez aussi vous rendre compte qu'il désigne l'esprit de sa grand-mère et faire ainsi des liens avec vos connaissances psychologiques ».

À l'annonce de leur séropositivité, beaucoup d'Africains ne reviennent plus dans les consultations médicales classiques. En faisant intervenir des tradipraticiens africains, l'Uraca aide les patients à admettre qu'ils portent un virus dangereux malgré l'absence de symptôme. Pour leur expliquer la nécessité d'un traitement compliqué comme la trithérapie, les guérisseurs puisent aussi dans les références de la médecine traditionnelle, où la prise de remèdes à heures fixes est répandue.

Des guérisseurs à l'hôpital

Cet après-midi, le rire des femmes par-dessus le bruit des machines à coudre et les jeux de leurs enfants témoi-

gnent d'un sentiment d'appartenance retrouvé. Elles sont accueillies autour d'activités comme la couture, sans avoir à décliner la raison de leur venue et de leur isolement : difficultés psychologiques, exil ou sida. Une équipe de soins et de médiation est simplement disponible ; au local ou pour aider à faire des démarches à la Préfecture, à l'hôpital, pour un emploi ou un logement.

L'Uraca publie aussi les résultats d'études et de recherches sur ces questions d'interculturalité. Et forme des professionnels médico-sociaux en faisant, par exemple, intervenir à l'hôpital des tradipraticiens venus spécialement d'Afrique. Seuls six salariés et de nombreux bénévoles assument l'ensemble de ces activités.

Mais la fierté du docteur Giannotti, directrice (bénévole !) de l'association, n'est pas là. « *À l'occasion de la journée mondiale contre le sida du 1^{er} décembre, nous allons inaugurer notre site internet* » déclare-t-elle de son intonation que l'on jurerait africaine. « *Un forum de discussion réunira des guérisseurs et des médecins. Internet et les tradipraticiens : nous faisons le lien entre le plus moderne de notre société et le plus ancien de la culture africaine* ».

Alain Douiller

Rédacteur en chef de *La Santé de l'homme*.

1. dont l'énergie, l'enthousiasme et l'assurance de ceux qui agissent au nom de leurs convictions ne prédestinent pas à ce type d'aveux.

Résidents en foyer Sonacotra : de l'information aux actions de prévention

Face aux difficultés d'une population vieillissante et souffrant d'isolement pour accéder aux soins auxquels elle a pourtant droit, la Sonacotra, l'Union des mutuelles de Seine-et-Marne et la Maison de la prévention ont signé en juin 2001 une convention de partenariat.

Pourquoi cette convention ? Parce que chacun partageait le même constat, différemment bien sûr en fonction de sa responsabilité propre, du décalage important existant, pour les résidents, entre le droit pour accéder au dispositif de soins et la réalité de l'utilisation de ces droits d'accès. Vieillesse de la population résidente, isolement, etc., les problématiques identifiées, *a priori*, par les responsables de la Sonacotra recourent les données épidémiologiques connues pour ces populations.

Dans un même temps, l'Union des mutuelles de France de Seine-et-Marne développe un certain nombre d'initiatives d'information et de sensibilisation sur la CMU et la couverture complémentaire. Ces préoccupations se rencontrent et ainsi naît l'idée d'un travail en partenariat s'adressant aux résidents.

Aller dans les foyers, oui, c'est une première pour ces responsables mutualistes, présenter ce qu'est la CMU, comment faire valoir ses droits, l'importance de la couverture complémentaire... à l'aide d'un montage vidéo, très pédagogique, les premières soirées montrent l'intérêt des résidents.

Mais très vite, il ressort qu'il ne suffit pas de parler de droits en matière de santé, sans entrer dans le vif du sujet. La réalité est devant les yeux : besoins de soins dentaires importants, de lunetterie et d'autres problèmes encore, classiques, du renoncement aux soins à la fois pour raison financière – très peu de résidents ont une couverture complé-

mentaire – mais également parce que s'occuper de soi, de sa santé avant même d'être malade, ce n'est pas une habitude. Il apparaît aux deux partenaires la nécessité de s'engager plus avant notamment en proposant aux résidents des « actions de prévention », convaincus qu'il y a là de graves lacunes mais sans trop savoir non plus comment s'y prendre dans le concret.

L'Union des mutuelles fait alors appel à la « Maison de la prévention », outil créé récemment par les Mutuelles de France en Île-de-France précisément pour travailler sur ces problématiques.

Le partenariat s'élargit à trois avec une formalisation conventionnelle qui est l'aboutissement d'un long travail d'élaboration en commun : c'est quoi, faire de la prévention, suffit-il de proposer aux résidents une action de dépistage de la vue ou dentaire par exemple ? Question numéro un : quelle place réservée aux résidents ? Auront-ils ou non droit à la parole ou va-t-on pour eux, partant tous de nos savoirs, définir ce qui doit être fait en leur direction ?

La réponse n'est évidemment pas si simple, les résidents sont souvent isolés, les situations sociales et personnelles différentes. Il n'y a pas de comité de résidents, qui a par conséquent légitimité pour parler au nom des autres ?

Les réponses sont pragmatiques : - tout d'abord se fixer des objectifs limités, deux ou trois résidences avec les-

quelles il y a déjà eu des actions pilotées ensemble (information pour la CMU) parce que les contacts existent avec les résidents : nous avons participé par exemple à la fête à Chelles organisée dans la résidence pour la fin de Ramadan ;

- ensuite mettre en place un comité de pilotage local pour chacune de ces résidences en y invitant les partenaires locaux voire départementaux concernés (CCAS, services sociaux du département, Cnav, Fas, CPAM, CDPA, Aides, Crips, associations locales, etc.) mais aussi les résidents. Les directeurs des résidences sont de ce point de vue des relais indispensables, une réunion de travail avec eux permet d'explicitier la démarche, de mieux connaître la particularité de chaque résidence, de se mettre d'accord sur l'importance du travail d'information et de sensibilisation en amont de la mise en place du comité de pilotage. Chacun procédera ensuite selon les habitudes dans le foyer qu'il gère, les liens qu'il a avec les résidents...

En janvier, enfin, on entre dans le vif du sujet. Les comités de pilotage se mettent en place dans deux villes : Chelles et Dammarie-les-Lys, et concernent trois résidences (deux à Dammarie).

Les résidents sont au rendez-vous, ce n'est pas la foule mais quand même ils sont là et les premières questions abordées sont un peu décoiffantes : bien sûr il est question de problèmes dentaires et de difficultés pour accéder aux soins ou encore d'alimentation « comment on peut faire quand on se fait tout seul

sa cuisine »... , mais très vite ce qui émerge est bien autre chose. Cela a à voir avec la vie d'hommes seuls, l'isolement, la difficulté pour des raisons multiples pour « oser » aller vers les autres (y compris les services publics)... Il est très vite question d'alphabétisation, du lien qu'on peut ou pas établir avec ses enfants « comment on fait ici pour recevoir ses grands enfants ? », de la solitude « on peut mourir et personne

s'en rend compte », de dignité, de la violence « et ceux qui viennent pour boire ou se droguer, ça nous fait peur », de respect de chacun « pour le colis du CCAS, peut être qu'il pourrait y avoir le choix, par exemple sans alcool... ».

C'est à partir de tout cela que maintenant nous allons commencer à travailler, ensemble. À Dammarie, rendez-vous est pris avec les quatre résidents

qui étaient là : on va commencer par l'alimentation ; après tout, ce n'est pas le plus compliqué, mais avant de parler glucides, protéines (faut-il le faire ?), on parlera du repas, de ce moment de convivialité, de partage.

Martine Antoine

Directrice de la Maison de la prévention,
 Ivry-sur-Seine.

Il n'y a pas une, mais des populations migrantes...

Deux expériences conduites en Haute-Marne font apparaître qu'il n'existe pas une, mais des populations migrantes, avec leurs spécificités, leurs besoins, leurs demandes et leurs représentations. Dès lors, le travail ne peut se faire que sur le long terme et au travers d'un réseau de partenaires : professionnels, responsables associatifs, représentants des communautés...

Dans le cadre du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (Praps), le Comité d'éducation pour la santé de Haute-Marne a mis en place des ateliers santé en faveur d'un public migrant. Ces actions, toujours en cours, ont été construites en partenariat avec une antenne du Centre social du Vert Bois et le Foyer de travailleurs immigrés de Saint-Dizier.

Outre les difficultés liées à la détermination des objectifs, aux moyens humains et financiers, des difficultés d'ordre culturel sont apparues : la barrière de la langue et du langage écrit, les représentations de la santé du public, mais aussi des intervenants. Deux exemples d'ateliers santé illustrent la nécessité d'une connaissance minimale des communautés, de leurs croyances et de leurs valeurs, la nécessité de travailler en étroite collaboration avec les professionnels les plus proches de ces différentes communautés et de réfléchir à une éthique de l'éducation pour la santé lorsque l'on intervient auprès de populations dont la culture est si différente de la notre.

Le centre social du quartier du Vert Bois de Saint-Dizier a créé une antenne ouverte à tous les habitants du quartier et se propose d'être un espace privilégié de rencontres et d'échanges. On y trouvera ainsi quelques services tels que le lavage, séchage et repassage

du linge à moindre coût, mais aussi des ateliers couture, broderie, gymnastique, etc. Au sein de cette structure surtout fréquentée par des femmes, des ateliers santé sur le thème de l'alimentation ont été mis en place début 2001 et rencontrent un vif succès. Chaque rencontre rassemble une dizaine de participantes de toutes nationalités, et c'est ce brassage culturel qui semble être la clé du succès de cette action. Ainsi, chaque participante partage ses savoirs et ses savoir-faire spécifiques, et les échanges sont d'une richesse immense. Celles qui maîtrisent le mieux la langue française servent d'interprètes aux autres et chacune sert de relais auprès de sa famille mais également de l'ensemble de la communauté à laquelle elle appartient.

Le foyer des travailleurs immigrés de Saint-Dizier accueille en majorité des hommes actifs ou retraités d'origine étrangère : Algériens, Marocains, Sénégalais... mais aussi dans une moindre mesure d'origine française. Malgré l'appui des responsables du foyer, il n'a pas été possible de mobiliser l'ensemble des communautés qui ne se rencontrent pas, même si certains résidents ont derrière eux quelques années de voisinage. La faible population française présente au sein du foyer ayant investi l'action proposée, il semblerait que les autres résidents ne se soient pas permis d'y participer, partant de l'a priori que si cette action rassemblait les Français, elle n'était pas faite pour les étrangers. De là, et afin de mieux comprendre les besoins des différentes communautés du foyer, il a été décidé de réaliser un diagnostic.

Les entretiens, en cours, sont menés en collaboration avec une résidente qui joue le rôle d'interprète. Bien que l'analyse des données n'ait pas encore été effectuée, quelques points semblent néanmoins apparaître :

- la santé ne semble pas être, pour ces populations, une priorité ;
- que ce soit en termes de santé, de loisirs, d'aide aux démarches..., les résidents ne font part que de très peu de demandes et de besoins ;
- les résidents n'ont que très peu de relations avec l'extérieur du foyer et les relations internes n'existent qu'entre individus de la même nationalité.

Ces deux actions montrent bien à quel point les communautés que nous rencontrons sont différentes : la différence culturelle joue parfois au service de l'éducation pour la santé, parfois en défaveur. Cela prouve qu'il n'existe pas une, mais des populations migrantes.

« Une action d'éducation pour la santé dont nous ne sortirions pas nous-mêmes enrichis, ayant appris quelque chose sur les gens, leur vie, leurs aspirations, leurs difficultés, aurait certainement été peu efficace » (1).

Le premier enseignement tiré de ces expériences nous amènent à confirmer qu'il s'agit de travailler avec les populations migrantes, et non pour elles, ce qui nécessite d'une part de prendre en compte l'ensemble des déterminants de la santé et d'autre part d'engager une réflexion éthique sur les objectifs de nos actions mais également sur nous, professionnels de l'éducation pour la santé.

Sophie Sandray

Directrice, Comité départemental
 d'éducation pour la santé, Chaumont.

(1) Deschamps J.-P. Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé. *La revue du Praticien* 1984 ; 34 (11) : 485-97.

La prévention du sida auprès des populations migrantes

Les populations migrantes constituent un public prioritaire dans la lutte contre le sida, pour lesquelles les pouvoirs publics mettent en œuvre des programmes de prévention spécifiques depuis une dizaine d'années. Présentation des stratégies et des outils élaborés par le CFES.

Si les problèmes liés au VIH-sida se rencontrent de façon souvent plus prononcée parmi les populations migrantes (*encadré 1*), il apparaît que les thèmes qui doivent être abordés dans le cadre de la prévention sont globalement les mêmes que l'on s'adresse aux migrants ou aux personnes d'origine française : information sur les modes de transmission et lutte contre les idées fausses, évolution des comportements sexuels en favorisant l'utilisation du préservatif masculin ou féminin, incitation au dépistage et à la prise en charge thérapeutique précoce, promotion de l'accompagnement et du soutien des personnes malades, etc.

Toutefois, lorsque l'on aborde des thèmes aussi délicats que la sexualité ou la représentation de la maladie et de la mort, il est nécessaire d'adapter les messages aux différentes communautés ciblées en tenant compte des spécificités culturelles et sociales de chacune d'elles. C'est ce vers quoi tend la politique de prévention du VIH en direction des migrants depuis le début des années quatre-vingt-dix.

Un contexte socioculturel spécifique

Les personnes d'origine étrangère sont confrontées à des situations qui modifient leur perception des risques de santé et diminuent leur réceptivité aux actions et messages de prévention. Le déracinement est toujours un événement qui bouleverse la vie person-

nelle et familiale, et qui induit une rupture avec la culture, le mode de vie sociale et la « sécurité » traditionnelle de l'individu.

Cette situation favorise la méconnaissance de la maladie, des traitements et des réseaux de soin... quand il ne s'agit pas d'une méfiance vis-à-vis de ceux-ci (efficacité des traitements remise en cause, peur des étrangers en situation irrégulière de se voir expulser lorsqu'ils devront être identifiés pour accéder au système de santé, etc.). Nombreux sont les migrants, notamment chez les hommes, qui considèrent leur état de santé comme secondaire par rapport à la priorité d'apporter un soutien économique à leur famille restée à l'étranger.

Dans cet environnement, ils sont moins attentifs aux informations sur la prévention, d'autant que celles-ci sont souvent délivrées dans une langue qui ne leur est pas familière. De plus, il est régulièrement fait mention de l'importance culturelle accordée à la descendance, ce qui engendrerait de grandes réticences quant au recours au préservatif avant tout considéré comme un moyen de contraception. Il faut aussi noter que les personnes d'origine étrangère craignent, comme souvent chez les personnes françaises, d'être stigmatisées et rejetées de leur communauté d'origine si elles sont séropositives, ceci expliquant qu'elles préfèrent ignorer leur statut sérologique puisque l'an-

nonce d'une séropositivité serait trop difficile à entendre.

Ces difficultés se retrouvent dans la population française, mais leur importance est majorée dans la situation où se trouvent de nombreux migrants. L'annonce d'une séropositivité remet, en effet, en cause tant leur projet de vie que leur place dans leur communauté.

C'est pourquoi le programme de prévention du VIH prévoit, depuis plusieurs années, tout un plan d'actions spécifiques à destination des étrangers vivant en France, afin d'adapter les informations émises tant sur la forme (langue, média utilisé en favorisant l'oral par rapport à l'écrit, etc.) que sur le fond (tenir compte des façons d'aborder des questions telles que la sexualité ou la maladie, etc.).

Le rôle central des actions de proximité

Étant donnée l'hétérogénéité des cultures d'origine des différentes communautés de migrants vivant en France, les actions de terrain ont toujours été considérées comme une pierre angulaire de la politique de prévention à destination des populations migrantes. Elles permettent de toucher au plus près les personnes concernées, en individualisant au mieux les messages délivrés.

De plus, ces actions de proximité sont souvent menées par des « pairs »,

ce qui leur assure une crédibilité certaine puisque l'on sait qu'une partie des migrants accorde un crédit de confiance important aux personnes issues de leurs communautés, qui comprennent davantage leurs difficultés et sont donc plus à même de proposer des solutions adéquates. Ainsi, depuis l'année 2000, la direction générale de la Santé développe, en étroite collaboration avec la délégation interministérielle à la Ville, un dispositif d'aide à la mise en place d'adultes-relais médiateurs sanitaires et sociaux (circulaire du 26 avril 2000) avec le but d'offrir un cadre professionnel stable et reconnu aux personnes-relais.

Toutefois, certains migrants peuvent rechercher, au contraire, un soutien plus extérieur à leur communauté afin d'être assurés d'une plus grande confi-

dentialité par rapport à celle-ci. C'est pourquoi les associations « généralistes » de la lutte contre le sida (Aides, Arcat, Crips, Sida Info Service, etc.) sont également incitées à développer des actions ciblant les migrants. Les partenariats entre associations de lutte contre le sida et associations migrantes sont aussi favorisés.

Les opérations de sensibilisation concernent, par ailleurs, les personnels médico-sociaux que l'on cherche à former de façon à ce qu'ils améliorent leurs aptitudes à prendre en charge des migrants. Ces formations portent sur les spécificités culturelles (habitudes traditionnelles en matière d'éducation et d'alimentation, représentations de la santé, communication interculturelle, etc.) et la réglementation touchant les étrangers vivant en France.

Une communication ciblée étroitement liée aux actions de proximité

Ces actions de proximité sont appuyées et relayées par des outils de communication spécifiquement élaborés par le CFES pour être adressés aux migrants. Ces outils, ainsi que ceux élaborés par les autres associations intervenant sur la thématique migrants et VIH, sont référencés dans un catalogue des outils de prévention sida à destination des migrants, disponible auprès du CFES.

En premier lieu, le CFES édite une brochure de référence d'information sur le sida, intitulée *Le sida et nous*, traduite en vingt et une langues (langues européennes, tamoul, vietnamien, arabe, cingalais, kmer, etc.). Nous poursuivons cette volonté de traduction des

1. Les migrants face au VIH-sida

État des lieux épidémiologique et implications en termes de prévention

Dans le cadre des actions de communication menées pour la prévention du VIH-sida, les populations migrantes constituent un public prioritaire, puisqu'elles sont davantage touchées par le sida que la population française. En effet, 15 % des cas de sida déclarés, depuis le début de l'épidémie, concernent des personnes étrangères vivant en France, alors qu'elles ne représentent que 6 % de la population totale.

De nombreux éléments peuvent contribuer à expliquer l'importance de l'épidémie parmi les populations migrantes et chacun d'eux nécessite une approche préventive spécifique, en tenant compte notamment de la diversité culturelle et sociale des différentes personnes englobées sous cette même appellation.

Réduire les écarts entre Français et étrangers

Depuis 1995, la diminution du nombre de nouveaux cas de sida a été moins importante chez les personnes d'origine étrangère que chez les Français. Pour autant, on assiste à une diminution identique du nombre de décès par sida dans les deux populations.

En effet, on se rend compte que le principal problème parmi les populations étrangères se trouve dans l'accès au dépistage, si bien que 60 %¹ des personnes n'ont connaissance de

leur séropositivité que lorsqu'elles arrivent au stade du sida, alors que la majorité des Français connaît sa séropositivité avant d'avoir atteint la maladie déclarée, ce qui lui permet un accès plus rapide aux traitements évitant l'entrée dans la maladie. Par ailleurs, les personnes d'origine étrangère ayant connaissance de leur séropositivité avant d'atteindre le stade du sida ont malgré tout un recours plus faible à une prise en charge thérapeutique adaptée tant qu'elles ne sont pas effectivement malades.

L'incitation au dépistage et l'accès précoce aux soins sont donc deux axes prioritaires qui doivent être abordés dans les campagnes de prévention ciblant les personnes migrantes.

Agir sur les comportements de prévention et les représentations de la maladie

S'il est important d'inciter les personnes à se faire dépister pour accéder aux traitements si nécessaire, cette démarche ne peut aller sans une information sur ce qu'est le VIH et sur ses modes de transmission. D'abord parce qu'il est important de permettre aux personnes de s'en protéger et ensuite parce que la connotation attachée à ce virus implique une mise à distance du risque qu'il représente, un déni contre lequel il faut lutter.

Parmi les populations migrantes, la transmission du VIH se fait essentiellement par voie hétérosexuelle. Aussi, parler du VIH nécessite d'aborder des questions liées à la sexualité, ce qui est toujours difficile quelles que soient les cultures d'origine des personnes.

La prévention du VIH auprès et avec les migrants requiert donc de développer des messages ciblés pour chacune des communautés visées, dans le but de trouver les mots justes pour aborder des sujets aussi délicats que ceux liés à la sexualité, à la représentation de la maladie et de la mort toujours présente à l'esprit lorsqu'on parle de sida. Ceci afin de faire évoluer les comportements individuels et collectifs : l'enjeu est, d'une part, de promouvoir la protection des rapports sexuels entre les personnes qui ne sont pas sûres de leur séronégativité et, d'autre part, de réduire les réflexes d'exclusion des personnes atteintes qui souffrent encore trop souvent de la mise à l'écart de leur communauté alors que leur état de santé nécessite justement qu'elles soient soutenues par leur entourage.

M.P.

1. Situation du sida dans la population étrangère domiciliée en France. Données au 30 septembre 2000 - Institut national de veille sanitaire (InVS).

documents écrits avec un nouveau dépliant sur le dépistage réalisé cette année et disponible dès son lancement en cinq langues (français, arabe, anglais, portugais, espagnol) avec l'objectif d'augmenter le nombre de ces langues à l'avenir.

Mais au-delà de la traduction, nous cherchons à diversifier les vecteurs de communication utilisés pour nous adresser aux migrants, afin de dépasser l'obstacle de l'écrit. Même lorsque les documents sont rédigés dans leur langue maternelle, nombreuses sont les personnes migrantes qui n'ont pas accès à la lecture. Une de nos priorités est donc de développer des outils audiovisuels de prévention.

Avec l'objectif de créer des programmes vidéo ou audio, se pose la question de ce qui doit être mis en scène et du ton qu'il faut retenir pour espérer toucher les publics visés. Quels sont les ressorts sur lesquels il est possible d'agir ? Que peut-on dire et comment doit-on le dire ? Afin de nous aider dans cette phase de création de messages adaptés à différentes communautés de migrants, nous avons choisi de développer de multiples partenariats.

• **La radio : un média qui offre de nombreux avantages**

Sachant que la radio est un média beaucoup utilisé et qui propose de nombreuses antennes communautaires, nous avons établi d'importants dispositifs de partenariats radio depuis plusieurs années. Nous travaillons en collaboration avec des radios telles que Africa n°1 pour les populations originaires d'Afrique sub-saharienne, Média Tropical, Espace FM ou Radio Caraïbes International pour les Caraïbéens, et Beur FM ou Radio Orient pour les Maghrébins. Ce travail en commun avec des radios communautaires nous permet de nous appuyer sur leur bonne connaissance de leurs auditeurs. Nous leur proposons des thèmes prioritaires sur les problèmes liés au VIH dans les communautés en question, afin qu'ils soient traités en tenant compte des affinités avec les auditeurs communautaires, c'est-à-dire en employant un discours entendable et des images acceptables, bénéficiant d'une certaine résonance auprès des communautés visées.

Le principe des émissions ainsi réalisées est notamment d'aborder le sida, les MST, la sexualité, la prévention, etc., de façon détournée en utilisant un ton humoristique, des sketches, des histoires. Nous cherchons aussi à aborder, par des reportages et des interviews, la façon dont les migrants sont confrontés à ces questions en France et dans leur pays d'origine, puisque c'est un angle auquel ils portent très souvent un intérêt d'autant plus important qu'un grand nombre d'entre eux y sont toujours familialement et personnellement attachés.

• **L'importance d'un discours imagé**

Dans le but de produire des contenus audio et vidéo pouvant allier un ton humoristique et romancé aux impératifs de la prévention, nous réalisons des sketches d'information sur le sida dont la série la plus connue est certainement « Moussa le Taximan ». Cette série de sketches a été initiée pour illustrer les émissions que nous enregistrons et diffusons avec Africa n° 1. Ces sketches, réalisés avec la troupe de théâtre africain « Kotéba » d'Abidjan, ont ensuite été proposés, sous la forme de CD-rom et cassette, aux radios locales émettant des programmes à destination des migrants, ainsi qu'aux associations de lutte contre le sida et aux associations de migrants en appui de leurs actions de prévention de terrain. Nous avons lancé, cette année, une version vidéo des « Aventures de Moussa le Taximan », avec une cassette qui regroupe sept films courts et humoristiques de prévention du sida autour de ce même personnage central et maintenant emblématique de la prévention du sida dans les communautés d'Afrique sub-saharienne.

De la même façon que cela a été fait pour les populations originaires d'Afrique sub-saharienne, nous avons aussi réalisé « La famille Alaoui », une série de sketches audio pour les populations maghrébines. Pour compléter ces outils audio, cinq courts-métrages de prévention sont en cours de réalisation. Ces courts-métrages s'intituleront « Houria », du nom de leur héroïne qui est une vieille femme maghrébine ayant habité en France, à la fois moderne et respectueuse de la tradition, qui joue le rôle d'agent de prévention au travers de ses péripéties quotidiennes.

De nombreux autres outils audio ont, par ailleurs, été élaborés, par exemple en créole haïtien ou en bushinenge tongo (dialecte guyanais). Pour l'ensemble de cette production, notre méthodologie de travail a été de collaborer avec des associations et des personnes bénéficiant d'une connaissance fine et actuelle des communautés visées : scénaristes et réalisateurs maghrébins, association Haïti développement, association Aides Guyanne, etc. ; ce qui nous a permis d'allier des compétences aussi diverses que celles d'acteurs de prévention sida, d'experts sur les valeurs et les cultures communautaires et de professionnels de la communication en santé publique.

• **Le recours à des partenariats avec la presse spécialisée**

Enfin, nous cherchons à développer des partenariats presse, tant pour nous adresser aux personnes migrantes que pour sensibiliser les professionnels médico-sociaux qui peuvent avoir à prendre en charge des migrants.

C'est ainsi que nous avons, d'une part, préparé avec la rédaction du magazine *Divas*, destiné aux femmes africaines, un dossier complet sur la prévention et la prise en charge thérapeutique et sociale du VIH. D'autre part, un supplément très complet de huit pages de l'hebdomadaire *Impact Médecin* est paru en septembre dernier pour sensibiliser les médecins sur le suivi des personnes migrantes touchées par le VIH. Là encore, notre stratégie a été de nous appuyer sur les compétences de ces titres spécialisés par rapport à la compréhension des besoins de leur lectorat, pour élaborer les supports les plus appropriés.

• **Une méthodologie empirique à évaluer et à affiner**

Comme nous venons de le voir, notre travail de segmentation des messages de prévention, pour nous adresser plus finement aux migrants, s'est historiquement appuyé sur une approche empirique en collaboration avec de nombreux représentants ou relais d'opinion dans les communautés ciblées. Nous souhaitons maintenant pouvoir évaluer les retombées de nos actions et outils de prévention dans ces communautés, afin de mieux envisager les possibilités d'amélioration du matériel de prévention que nous produisons et de sa diffusion.

En effet, les données épidémiologiques récentes montrent bien que l'épidémie de sida continue à progresser chez les personnes migrantes et en particulier chez les femmes originaires d'Afrique sub-saharienne. Cette situation épidémiologique est préoccupante, il nous faut donc réfléchir aux moyens que nous devons encore développer pour permettre une meilleure information des personnes migrantes, tant en ce qui concerne la prévention primaire que secondaire. Notre objectif doit rester de promouvoir l'utilisation du préservatif par les hommes et les femmes originaires des groupes dans lesquels une forte prévalence est enregistrée, d'inciter ces personnes à se faire dépister lorsqu'elles ont pris un risque de contamination en les informant sur les modalités d'accès aux traitements et sur l'efficacité de ceux-ci.

Pour nous éclairer dans les nouvelles actions à mener, il est nécessaire de prendre du recul, et c'est dans cette optique qu'une vaste enquête auprès des populations migrantes est actuellement en cours de réalisation au CFES (*encadré 2*). Cette enquête devrait apporter, à la fois, une évaluation critique des outils déjà élaborés par le CFES et surtout des informations tangibles et mesurées sur la consommation média des migrants, afin de nous indiquer les priorités à établir dans le choix des médias pour s'adresser pertinamment à ces populations.

• Élargir l'accès des migrants à l'information sur la santé

Nous pensons que les programmes de prévention en direction des migrants auraient avantage à « s'ouvrir » vers d'autres problématiques de santé qui correspondent aux besoins de ces personnes, en abordant des thématiques comme la nutrition, la santé mentale, le dépistage du cancer, etc., avec une intention commune de rapprocher les migrants d'un système de santé dont ils sont encore trop facilement exclus. La communication ciblée sur le thème du sida ne serait alors qu'une des composantes de ces programmes de prévention à destination des migrants.

Marc Paris

Chargé de communication sida,
service Actions et techniques
de communication, CFES.

2. Une étude pour adapter la stratégie de prévention destinée aux migrants

Un élément essentiel ressortait à l'issue du rapport de l'Onusida présenté à l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le sida (décembre 2000) : l'épidémie est terrifiante en Afrique sub-saharienne. Sur les 36 millions de personnes porteuses du virus du VIH dans le monde, 25,3 millions de personnes vivent en Afrique sub-saharienne et, dans une moindre mesure, en Asie du sud-est (5,6 millions de personnes vivant avec le VIH) et en Europe de l'Est (estimation de 700 000 cas de séropositifs en 2000 contre 420 000 en 1999). Parallèlement, les coûts des traitements sont tels, que les pays en voie de développement ne peuvent y accéder, tout au moins aujourd'hui en l'absence de médicaments génériques moins coûteux.

Aujourd'hui, les chiffres du sida en France sont le reflet de cette catastrophe humanitaire : les migrants et notamment les migrants issus des pays d'Afrique sub-saharienne sont parmi les plus touchés par la maladie. La prévention est indispensable. Quelle que soit la population (Africains, Maghrébins, Asiatiques, etc.), il est maintenant reconnu que la sensibilisation par les pairs constitue une stratégie d'intervention particulièrement efficace pour la prévention du VIH-sida. Mais, d'une part, certains migrants ne fréquentent pas les associations communautaires, d'autre part, des études ont montré que les « relais » avaient parfois des difficultés à communiquer sur certains points au sein de leur propre communauté¹, par exemple quand l'information devenait trop intime ou contraire aux valeurs de la communauté. Il paraît donc nécessaire de multiplier les moyens d'informations, les messages et les médias, afin de sensibiliser toutes les personnes concernées par le problème du VIH-sida. Notamment, l'utilisation de la télévision, média certainement le plus répandu et dont l'impact est incontestable, ne doit pas être négligée.

Pour ce faire, il est nécessaire de faire le point sur deux éléments tout à fait distincts mais concomitants dans notre approche de communicants, à savoir la situation des migrants par rapport au thème du VIH-sida et par rapport à leur utilisation des médias.

Ceci fait l'objet de deux études spécifiques lancées par le CFES en 2001.

• Une étude qualitative, réalisée auprès de différentes populations concernées par la prévention du VIH-sida (migrants venus d'Afrique sub-saharienne, d'Afrique du nord, d'Asie du

sud-est, d'Europe de l'Est, et n'ayant pas été à l'école en France) devra permettre d'identifier les modes et les sources d'informations à privilégier vis-à-vis de ces populations.

Cette étude portera sur :

- les connaissances et les représentations liées au VIH-sida ;
- la compréhension des termes utilisés dans les messages de prévention ;
- les comportements, les pratiques sexuelles et les freins concernant l'usage du préservatif ;
- les freins au dépistage ;
- les sources d'informations à privilégier ;
- les outils à mettre en œuvre ;
- la perception des communications déjà réalisées par le CFES.

La méthode utilisée sera une méthode qualitative alliant réunions de groupe (quatre réunissant des migrants venus d'Afrique sub-saharienne et quatre réunissant des migrants issus d'Afrique du Nord) et entretiens individuels approfondis (quarante entretiens avec des personnes séronégatives de toutes les nationalités d'origine et dix entretiens avec des personnes séropositives).

- Une étude quantitative portant plus spécifiquement sur les médias utilisés par les populations venues d'Afrique sub-saharienne et sur les lieux de vie qu'ils fréquentent :
 - l'écoute de la télévision et de la radio (émissions écoutées, à quelle fréquence, à quels moments, quel mode d'écoute, quels lieux, dans quel contexte, etc.) ;
 - la lecture de journaux (notamment les gratuits) et de magazines (rubriques appréciées, lues, perception des rubriques « santé », etc.) ;
 - la fréquentation du cinéma ;
 - les lieux de « vie » et de loisirs fréquentés : associations, sorties, concerts... avec qui, quand et comment ?

La méthode utilisée sera une méthode quantitative : 600 entretiens en face-à-face (300 hommes de 16 à 55 ans, 300 femmes de 16 à 55 ans) auprès de personnes venues des pays suivants : Zaïre, Côte d'Ivoire, Congo, Mali, Sénégal, Cameroun, Centre Afrique, Guinée, Angola.

M. P.

1. Migrations Santé n° 102-103, 1^{er} et 2^e trimestres 2000. MST/Sida et communautés culturelles : transmissions de l'information par les pairs.

« Il faudrait que les Africains témoignent à la télévision »

Entretien avec Bernadette Rwegera, directrice d'Ikambere, association parisienne qui accueille des femmes africaines séropositives.

La Santé de l'homme : Selon vous, quelle prévention peut-on faire auprès des Africains venus des pays d'Afrique sub-saharienne ?

Bernadette Rwegera : Je n'aime pas que l'on généralise sur les Africains car l'Afrique représente beaucoup de cultures et de langues différentes. Il y a des femmes instruites et des femmes analphabètes, le problème n'est pas le même pour les unes et les autres. Même les professionnels de santé ont tendance à mettre « *tout le monde dans le même panier* ». Cependant, il est important de bien informer toutes les femmes africaines, quelles qu'elles soient, car elles ont un rôle essentiel dans la famille, elles vont transmettre à leurs enfants ce qu'elles savent.

S.H. : Quelles sont les conditions pour que les femmes africaines « entendent » les messages de prévention ?

Bernadette Rwegera : Les migrants qui viennent d'arriver sont préoccupés par leur survie et non pas par leur santé. Les personnes séropositives qui viennent ici sont dans une grande précarité. Souvent, elles n'ont pas de logement stable. Pour que le message de prévention fonctionne, il faut qu'il soit en conformité avec la vie des gens : une femme qui n'a pas à manger n'entendra pas ce que vous lui dites. Si un homme lui propose cinq cent francs en échange d'une relation sans préservatif, elle acceptera. Il faut donc intégrer toutes les préoccupations de la personne, pas uniquement le préservatif qui ne vient que quand les autres soucis sont réglés.

S.H. : Comment peut-on développer le recours au dépistage ?

Bernadette Rwegera : Beaucoup de femmes ont besoin d'être guidées avant tout : pour trouver un logement, pour s'inscrire à l'ANPE, pour

retravailler, etc. Après, on leur propose effectivement de passer un examen de dépistage gratuit. Il faut bien leur dire que c'est parce qu'il existe des médicaments aujourd'hui pour les personnes séropositives et qu'il vaut mieux les prendre le plus tôt possible. Souvent, certaines ne veulent pas faire le test car elles ne savent pas qu'il existe des traitements. Le fait de leur dire permet de réduire leur peur.

S.H. : Comment faire pour convaincre les femmes séropositives d'avoir des relations sexuelles protégées ?

Bernadette Rwegera : Le message consiste à leur proposer de se protéger d'autres maladies comme la syphilis ou les MST, car en étant séropositives, elles sont plus vulnérables. Ce message fonctionne mieux que si on leur dit de protéger l'autre, car souvent inconsciemment, il y a une notion de vengeance qui intervient : « *On m'a donné le sida, je ne vois pas pourquoi je ferais attention aux autres* ».

S.H. : Pourquoi, à votre avis, les hommes ne se protègent-ils pas davantage, car c'est finalement à eux que revient l'initiative de porter ou non le préservatif ?

Bernadette Rwegera : Il n'est pas toujours facile d'être réfléchi dans ces moments-là. Ils désirent beaucoup une femme et ne réfléchissent pas. Ils ne se rendent compte qu'après. Parfois aussi, ils ont confiance dans la femme et ils ne se protègent pas.

S.H. : Et dans les couples « stables » ?

Bernadette Rwegera : Dans les relations de couple, la femme peut jouer un rôle quand elle pense que l'homme a pris des risques. Dans certains couples, les femmes peuvent s'imposer et dire : « *Tu as été avec quelqu'un d'autre, il faut mettre un préservatif* ». Mais cela dépend souvent de l'autonomie financière de la femme. Si elle ne gagne pas d'argent, elle est plus dépendante à tous points de vue.

S.H. : Pour vous, que devrait-on dire précisément aux Africains qui vivent en France pour enrayer l'épidémie du sida ?

Bernadette Rwegera : Les gens pensent encore que le sida c'est pour les autres : ils ne se protègent pas car ils n'ont pas vécu le sida dans leur propre famille. Ce qu'il faudrait faire, c'est montrer des gens qui sont malades. Si les gens savaient ce que c'est que de prendre un traitement, de mourir du sida, ils se protégeraient. S'ils savaient les conséquences de la séropositivité, la manière dont l'entourage considère les séropositifs, ils se protégeraient. Il faudrait dire aussi que le sida est invisible : on peut être malade sans être maigre. Le message de prévention devrait se faire autour de la réalité du sida au quotidien. Il faudrait que des Africains témoignent à la télévision, mais c'est difficile car il y a une notion de honte non surmontée.

Le VIH casse beaucoup de choses. Je connais une jeune fille, très belle, qui est venue pour se marier avec un homme de 60 ans, elle a découvert qu'elle était séropositive, l'homme l'a chassée. Elle est sans aucune formation. Elle est venue se marier, elle avait un projet de vie et le sida a brisé son projet de vie. Les réactions des hommes sont difficiles à vivre : souvent la femme découvre sa séropositivité pendant sa grossesse (au moment des examens obligatoires). Comme c'est elle qui le découvre en premier, elle est accusée d'avoir apporté le sida dans la maison. Les hommes le vivent souvent bien la première semaine, mais après, cela devient plus dur. C'est difficile pour les femmes d'annoncer leur séropositivité à leur mari. On leur donne des cassettes vidéo sur le sida. Après l'avoir dit à leur mari, elles se sentent souvent soulagées.

Les femmes qui viennent ici sont très mal, elles vont mieux quand elles voient des personnes qui sont séropositives depuis seize ans. Ces rencontres que nous permettons sont très utiles afin de dédramatiser quelque peu la situation. Quant aux hommes, ceux qui sont malades sont encore plus déstabilisés que les femmes. Ils ont l'impression de devenir impuissants dans leur tête, de ne pas être à la hauteur vis-à-vis de leur famille.

S.H. : Quels sont les moyens de prévention à privilégier ?

Bernadette Rwegera : Les affiches ne marchent pas. La télévision pourrait marcher car elle est allumée du matin au soir, surtout TF1 ; les jeunes regardent davantage M6. Les brochures, peu de gens les lisent. Il y en a plein ici, personne ne les prend. Il serait utile de faire de la prévention dans les espaces de convivialité fréquentés par les femmes, comme les salons de coiffure par exemple.

Propos recueillis par **Hélène Perrin** et **Patricia Humann**

Deux questions à Aimée Batsimba, personne-relais à Ikambere**S.H. : Que dites-vous aux femmes et aux hommes que vous rencontrez ?**

Aimée Batsimba : Dans les foyers, on parle d'abord de leur vie en général avant d'aborder le sida. On parle de ce qu'ils mangent, du pays d'où ils viennent, de la vie de tous les jours, puis on en vient à discuter des droits, puis des soins, puis des services sociaux de la santé, puis du préservatif. Aux femmes, je dis que le Fémidon, c'est très bien : le temps que l'homme réfléchisse, plutôt que de négocier avec lui, la femme met ce préservatif. C'est bien qu'elles aient leur « outil » à elle. La majorité des femmes que je rencontre ont accepté le préservatif féminin, notamment les femmes musulmanes (la majorité ici).

S.H. : Quels seraient vos conseils en matière de prévention ?

Aimée Batsimba : Il faudrait faire des préservatifs (féminin et masculin) des objets érotiques. Par exemple, je sais que certains hommes associe le bruit du Fémidon lors des rapports sexuels au bruit des ceintures de perles que portent les femmes.

Il faudrait aussi qu'il y ait davantage de spots à la télévision : deux par an (été et 1er décembre), ce n'est pas assez. Les gens dans les milieux africains ne se sentent pas assez concernés par les spots TV. Il faudrait qu'il n'y ait pas que des blancs dans les publicités. Sinon, ils continuent à dire : « c'est la maladie des blancs ».

Une animation auprès de femmes angolaises

Enthousiasmes et doutes d'un éducateur pour la santé

Intervenir auprès de populations africaines sur des sujets aussi intimes et tabous que la sexualité et les maladies sexuellement transmissibles, demande à l'éducateur pour la santé des connaissances anthropologiques mais aussi beaucoup de respect et d'écoute. L'expérience d'une animation auprès de femmes angolaises relatée ici montre que ces préalables n'empêchent cependant pas certains écueils.

En 2001, notre association départementale d'éducation pour la santé (Ades du Rhône) a entrepris une recherche-action sur les besoins de santé et de prévention des communautés d'Afrique sub-saharienne vivant dans la région lyonnaise. Une quarantaine d'associations ont été rencontrées lors d'entretiens semi-directifs et certaines de ces rencontres ont donné lieu à des demandes immédiates d'intervention ou d'accompagnement de projets de prévention.

Au terme de l'entretien avec la secrétaire de l'association des femmes angolaises, cette dernière m'a ainsi demandé d'intervenir avec une gynécologue pour une information/échange auprès des femmes de son association. Ces dernières avaient déjà émis le souhait de s'informer sur des thèmes de santé et plus particulièrement sur la contraception. J'ai donc pris contact avec plusieurs gynécologues du Conseil général du Rhône travaillant dans les centres de planification et d'éducation familiale.

Un de ces médecins a pu se libérer un samedi après-midi, date fixée par l'association, pour se rendre dans leur local à Villeurbanne. La secrétaire de l'association avait réservé la salle dans une structure municipale. Elle avait aussi convoqué les femmes de son association à ce rendez-vous, où plus d'une dizaine d'entre elles étaient présentes. Nous nous sommes donc retrou-

vées entre femmes, ce qui a facilité la communication autour d'un sujet touchant à la sexualité. Le fait que ce soit nous qui nous soyons déplacés à la date, à l'heure, à l'endroit de leur choix et à leur demande, a créé *de facto* une ambiance détendue où la confiance a été rapidement instaurée.

Une animation avec des femmes angolaises

La gynécologue a introduit la réunion en présentant les différents modes de contraception. Les femmes africaines souhaitent, de façon générale, avoir de nombreux enfants (notion très relative), c'est-à-dire quatre, cinq ou plus et elles souhaitent pouvoir maîtriser leur fécondité. Souvent elles craignent que la contraception les rende stériles.

La conversation s'est rapidement orientée sur la sexualité dans son ensemble, nous avons pu ainsi donner des informations sur les MST et la transmission du virus du sida qui sévit particulièrement dans ce milieu. Ces femmes angolaises et zairoises pratiquent le « dry sex », l'assèchement du vagin. Il était donc fondamental de connaître cette pratique pour pouvoir déclencher la discussion sur la contraception et sur la prévention des MST/sida.

La gynécologue et moi-même connaissions la pratique du « dry sex », elle par son expérience professionnelle, moi grâce à des médecins qui m'en

avaient fait part lors de mon travail d'enquête, puis j'avais cherché de la bibliographie sur ce sujet.

Avec précaution, nous avons commencé à évoquer le fait que beaucoup de femmes africaines pratiquent la douche vaginale qui est déconseillée par les gynécologues et aussi le fait que certaines se lavent le vagin avec des produits qui endommagent les muqueuses et par là-même facilitent la pénétration des microbes et virus.

Les langues se sont déliées plus que nous aurions pu le soupçonner et de nombreux témoignages sur la pratique de l'assèchement du vagin avec l'énumération de tous les produits qu'elles utilisaient nous ont été faits. Elles ont posé de nombreuses questions autour des MST/sida en lien avec leur pratique, de nombreuses femmes nous ont dit avoir des MST à répétition.

Les préalables de la rencontre

Le fait d'avoir contacté, puis rencontré et expliqué le but de notre démarche a suscité chez ces femmes l'envie de mener une action d'éducation pour la santé. Il faut aussi préciser que la secrétaire et la présidente de cette association travaillent dans le domaine de la santé et étaient donc déjà sensibilisées par cette thématique. Elles ont permis cette action par leur double appartenance culturelle, la leur et celle de la médecine occidentale

À leur tour, elles ont sensibilisé les femmes de leur association.

Les femmes africaines, en général, ont un emploi rémunéré et ont une vie de famille et sociale importante. De ce fait, elles ont très peu de temps libre et il n'est pas facile de monter des actions avec elles. Il faut donc se plier à leurs exigences de temps, car c'est en général le week-end, le samedi ou le dimanche, qu'elles peuvent se libérer pour participer à des activités au sein de leurs associations. Il faut ensuite trouver une date qui convienne au plus grand nombre d'entre elles et enfin, dans le cas présent, trouver un gynécologue femme suffisamment impliquée professionnellement pour vouloir faire une intervention le week-end.

En outre, il faut que tous ces éléments correspondent avec la vacance d'un local proche ou facilement accessible du lieu de résidence des femmes concernées.

Ce sont les conditions *sine qua non* pour qu'un travail basé sur la confiance, le respect de l'autre et l'échange puisse aboutir. Le fait que cette rencontre ait eu lieu est un résultat positif en soi.

De plus, nous pouvons imaginer, en connaissant les nombreux liens qui unissent les personnes au sein d'une

même communauté et la tradition de la transmission orale, qu'un grand nombre de femmes de cette communauté ont dû entendre parler de cette rencontre et déclencher des débats autour de ce thème.

Ce qui est intéressant dans ce type d'action, c'est la rencontre de femmes africaines avec un professionnel de santé hors du contexte médical traditionnel, comme une visite médicale. Les contraintes de temps, les problèmes liés à la langue et le statut même du médecin ne permettent pas toujours à ces femmes de communiquer, de s'exprimer et de poser toutes les questions qu'elles souhaiteraient. Lors de cette rencontre moins formalisée qu'une visite, le climat de confiance et de convivialité a fait que les questions et les échanges ont été nombreux et de qualité. Pour la gynécologue présente, cette expérience a été un enrichissement personnel et professionnel.

Les pratiques sexuelles : une question éminemment culturelle

Les maladies vénériennes qui touchent particulièrement cette communauté restent des sujets tabous et il aurait été très difficile de les aborder de front. Le biais de la contraception est souvent le plus pertinent pour élargir le propos à tout ce qui concerne la sexualité en général.

Le fait que la gynécologue et moi-même connaissions la pratique du « dry sex » dans cette communauté a été très important pour pouvoir aborder le thème des MST/sida. En connaissant cette pratique et ses conséquences, nous savions que ces femmes étaient susceptibles d'être plus souvent porteuses de MST que les femmes ne le pratiquant pas.

Le tact dont nous avons fait preuve pour aborder ce sujet a porté ses fruits. Lorsque l'on parle de ce genre de pratique, on touche au plus intime de la personne mais aussi au domaine culturel, familial, social et sexuel. Ce sont des pratiques qui se transmettent de mères à filles et qui ont un sens culturel par rapport aux notions de propreté et de saleté. Sur le plan social et sexuel, une femme correcte se doit de s'assécher le vagin. Il est donc délicat de parler de ce sujet, un grand respect de l'autre et de sa culture, et une capacité d'écoute importante sont nécessaires.

Les femmes rencontrées ont bien senti ce respect pour leur culture et leur pratique, aucun jugement de valeur n'ayant été émis. C'est dans ces circonstances qu'elles se sont exprimées sans gêne et sans tabou, nous énumérant les différents produits avec lesquels elles se lavent le vagin pour qu'il reste sec et étroit. La gynécologue leur a

expliqué le rôle des sécrétions vaginales lors des relations sexuelles et leur rôle d'autorégulateur de la flore vaginale. Nous avons discuté des conséquences du « dry sex » sur la santé des femmes. Cela crée des micro-lésions sur les muqueuses vaginales et le col de l'utérus, de plus la pénétration étant plus difficile, les frottements agrandissent les lésions existantes et en créent d'autres, de ce fait les différents microbes et virus pénètrent plus facilement. Après cela, on comprend la difficulté d'utilisation d'un préservatif qu'il soit masculin ou féminin. Le masculin (quand l'homme veut bien en porter un) a tous les risques de casser sans lubrification naturelle. Le féminin, qui est très lubrifié, ne correspond pas aux normes de « propreté » de cette population.

Les femmes présentes nous ont dit avoir des MST à répétition, mais ne pas avoir fait le lien avec leur pratique du « dry sex » puisque, pour elles, cette pratique est une preuve de propreté il est donc difficile de concevoir qu'elle puisse leur nuire. Plusieurs femmes nous ont dit souffrir lors des relations sexuelles, mais comme pour les MST, les causes étaient attribuées à d'autres

facteurs. Elles nous ont aussi parlé de la difficulté pour un homme de leur communauté de mettre un préservatif et d'avoir des relations sexuelles avec une femme « humide ».

Le fait d'avoir pu aborder la question du « dry sex » a été quelque chose d'important, parce qu'on ne peut pas faire de la prévention sur les MST et le sida de façon « efficace » dans cette population si l'on n'aborde pas ce sujet. Si l'on ne valorise que le fait de mettre le préservatif pour se prémunir contre les maladies transmissibles sexuellement, le risque d'échec est important pour les raisons que nous avons évoquées plus haut.

L'action que nous relatons a été enrichissante pour toutes les personnes présentes, chacune d'entre nous ayant appris beaucoup des autres. Les femmes angolaises ont montré leur intérêt en posant beaucoup de questions à propos des sécrétions vaginales, de la transmission des MST et du sida, et nous avons senti une réelle prise de conscience sur leur pratique. Nous avons décidé, à la fin de cette rencontre, de nous revoir et de réfléchir ensemble à

la création d'une plaquette sur les MST et le sida, traduite en plusieurs langues, en y intégrant des informations sur les sécrétions vaginales et les conséquences de leur élimination sur la santé. Lorsque j'ai recontacté la secrétaire et la présidente de l'association des femmes angolaises, ces responsables étaient toujours d'accord pour la création d'une plaquette mais elles m'ont dit avoir beaucoup de difficultés à faire venir les femmes de l'association à des réunions depuis notre rencontre.

Nous nous sommes demandé si cette rencontre était directement liée au fait que les femmes n'allaient presque plus à leur réunion et nous en avons conclu que cela pouvait être une des explications possibles : les femmes en rentrant chez elles après la réunion ont sûrement fait part de leurs nouvelles connaissances à leur mari ou compagnon. Ce qui, d'après les responsables de l'association, n'a probablement pas été du goût des hommes. Nous avons peut-être été, sans le vouloir, la cause de conflit au sein des couples et la raison pour laquelle de nombreuses femmes n'ont pas voulu ou pu se rendre aux réunions suivantes de leur association.

Avec les responsables de l'association, nous avons donc décidé que la suite de la réflexion sur ce sujet important devait se faire aussi avec les hommes. Depuis, le président de l'association des hommes angolais a pris contact avec l'Ades du Rhône pour que nous organisions avec lui une réunion sur le thème des MST/sida, deux médecins seront présents pour y parler de la transmission et des traitements contre le VIH. Cette rencontre devrait rassembler hommes et femmes.

Réflexions et questions

Au cours de cette recherche-action, j'ai approfondi mes connaissances sur les diversités culturelles des Africains. Grâce à des lectures mais surtout aux conversations avec les professionnels de santé et avec les Africains en particulier, certaines pratiques surtout d'ordre sexuel comme celle du « dry sex », me sont apparues. De plus, ces pratiques ne sont pas circonscrites par la nationalité ou par l'ethnie. Le « dry sex », par exemple, existe dans certaines ethnies de l'ex-Zaïre, de l'Angola, mais aussi du Cameroun et du Centrafrique. Des pratiques opposées existent au Sénégal chez les Wolofs et les Toucouleurs où les femmes boivent des décoctions pour avoir plus de sécrétions vaginales.

D'autres pratiques comme l'excision, l'infibulation, l'étirement des petites lèvres, mais aussi la polygamie, le lévirat (obligation pour un homme d'épouser la veuve de son frère) ou le multipartenariat valorisé socialement sont importantes à connaître pour réfléchir à des moyens de prévention des MST/sida et pour la promotion de la santé en général. C'est souvent le temps et la confiance qui permettent de connaître ces pratiques et ces comportements liés à la culture d'origine.

Très peu d'écrits existent sur des actions d'éducation pour la santé menées auprès des populations africaines, tant en Europe qu'en Afrique, dans le cadre de la prévention du sida et des MST en tenant compte des pratiques culturelles spécifiques. De ce fait, cette action me semblait « pionnière » et intéressante à partager. J'ai souligné plus haut que malgré la connaissance de pratique spécifique, certains imprévus peuvent se produire. Nous n'avions pas pensé à l'importance de la participation des hommes pour une pratique qui tou-

che plus directement les femmes. Nous pensions qu'il était indispensable de travailler avec les femmes africaines qui sont les plus touchées par les MST et le sida. Nous nous sommes vite rendu compte que ce sont les hommes qui le plus souvent dominent sur les prises de décisions en matière de sexualité. Aussi, la meilleure façon d'avancer sur ces questions est de pouvoir les intégrer à l'information et à la réflexion. Si les hommes sont exclus de ces démarches, cela peut créer des conflits au sein des couples et mettre les femmes en porte-à-faux.

Dans le même temps, il n'est pas aisé de parler de sexualité en présence des personnes des deux sexes, d'autant plus au sein d'associations dans lesquelles les personnes peuvent se retrouver en couple. Les femmes, en général, laissent la parole aux hommes et tous ont du mal à s'exprimer sérieusement sur un sujet aussi intime et tabou. Ce genre de problème n'apparaît pas lorsque les personnes sont dans un groupe du même sexe, bien que les femmes aient beaucoup plus de facilité à s'exprimer sur ces thèmes. Il est important de réfléchir avec les principaux concernés des meilleures modalités d'interventions-informations. Vaut-il mieux intervenir avec des groupes de femmes, d'une part, et des groupes d'hommes, d'autre part ? Comment répondre à la demande courante, de part et d'autre, d'interventions en groupe mixte sans qu'il y ait de l'autocensure ou des discours consensuels culturellement valorisés ?

En connaissant la mentalité des hommes africains en ce qui concerne la sexualité, je me suis aussi posé la question de mon intervention en tant que femme dans un groupe uniquement composé d'hommes. Lors de mes enquêtes, les associations d'hommes me renvoyaient vers leur homologue féminin parce que « naturellement » la santé étaient pour eux du domaine des femmes tout comme l'éducation. Je ressentais souvent une gêne de leur part pour aborder avec moi un sujet touchant au couple et à la sexualité. Des professionnels féminins de santé des centres d'information et de dépistage anonyme et gratuit du sida m'ont dit avoir aussi ressenti de la gêne de la part des hommes africains à parler de leur sexualité avec elles. Nous percevons ici

tous les problèmes liés à l'éducation, à la culture, auxquels on ne peut apporter de solutions toutes prêtes. Le temps est une notion des plus importantes pour qu'une prise de conscience se fasse du côté des Africains. Comme le souligne Lahaye dans son rapport sur l'accompagnement social dans le cadre des opérations de rénovation urbaine, « les habitants ont besoin de temps pour se constituer en partenaires effectifs. L'adaptation du rythme du projet aux rythmes sociaux des habitants devrait être la première manifestation de l'estime qui leur est portée. Et pourtant, les rythmes administratifs sont généralement contradictoires avec le temps plus souple de l'information, du dialogue, de la négociation avec les habitants ».

Pour nous, éducateurs pour la santé, le respect, l'écoute, la communication, le travail en partenariat sont les moyens qui semblent les plus adaptés.

Sophie Blondeau

Chargée de projet auprès des migrants africains, ADESR, Lyon.

► Références bibliographiques

- Bass M. *Promouvoir la santé*. Paris : L'Harmattan, coll. Santé, sociétés et cultures, 1994 : 304 p.
- ASBL « Santé, Communauté, Participation ». *Le diagnostic communautaire*. Bruxelles : éd. Trefois P., coll. Santé communautaire et promotion pour la santé, 1998 ; 3.
- ASBL « Santé, Communauté, Participation ». *La participation des acteurs*. Bruxelles : éd. Trefois P., coll. Santé communautaire et promotion pour la santé, 1998 ; 4.
- Contact Santé, n° 161, juin-juillet 2001.
- David M. *Rapport hommes-femmes et sida*, 1997.
<http://www.ccsid.org/documents/archives/david.htm>
- Tchak S. *La sexualité féminine en Afrique*. Paris : L'Harmattan, coll. Sexualité humaine, 1999 : 242 p.
- Vangroenweghe D. *Sida et sexualité en Afrique*. Bruxelles : EPO, 2000 : 480 p.
- Vidal L. *Femmes en temps de sida : expériences d'Afrique*. Paris : Puf, coll. Politique d'aujourd'hui, 2000 : 216 p.

Alphabétisation et éducation pour la santé

Dans le cadre du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (Praps), le Comité d'éducation pour la santé des Alpes-de-Haute-Provence a proposé des ateliers santé à un groupe de femmes turques. Au travers l'apprentissage du français, ce sont aussi le mal du pays, l'éducation des enfants et la vie de tous les jours qui ont pu être abordés. Récit de quelques-unes de ces séances.

En octobre 1999, dans le département des Alpes-de-Haute-Provence, une convention est signée entre la direction départementale des Affaires sanitaires et sociales (Ddass) et le Comité départemental d'éducation pour la santé (Codes 04) pour la réalisation d'ateliers santé en direction des populations précarisées. L'objectif est de promouvoir des actions de prévention et d'éducation à la santé par une approche globale de la santé, permettant l'expression d'habitants isolés ou esseulés et favorisant des processus d'insertion sociale. Un des groupes bénéficiant de ces ateliers était composé de femmes turques, mères de famille, ayant toutes entre 20 et 30 ans, et habitant une petite ville du département.

De l'alphabétisation à la santé

Ce groupe est né d'une rencontre entre l'éducatrice de santé du Codes et trois femmes turques qui fréquentaient irrégulièrement un groupe d'alphabétisation de la Fédération des œuvres laïques. Ayant repéré dans un autre groupe à Manosque une jeune femme turque, Saliha, qui acceptait d'intervenir comme interprète, l'éducatrice propose une première rencontre. L'information était écrite en turc et affichée devant l'école.

À cette première rencontre, six jeunes femmes sont présentes. Un local est mis à disposition par la mairie. Le Codes a recruté Saliha, pour ce temps de travail, en contrat à durée déterminée. Elle vient de Manosque en car (35 km). Après cette première rencontre, toutes décident de revenir et pendant les quatorze séances qui

jalonnent l'année, de nombreux liens vont se tisser et de nombreux sujets être abordés.

Ces jeunes femmes sont très handicapées par le fait qu'elles parlent très mal le français. Elles ne peuvent aller voir le médecin toutes seules, doivent se faire accompagner par le mari, les enfants ou le beau-frère. C'est avec un grand plaisir qu'elles découvrent des livres d'anatomie et apprennent les mots français correspondant aux différentes parties du corps. Elles expriment le désir de se débrouiller seules, d'être autonomes.

Lors d'une séance, elles confient à notre éducatrice leur mal du pays. Leur famille leur manque, elles sont stressées, dépressives. Une rencontre est alors organisée avec des cassettes vidéo filmées lors de leur dernier séjour en Turquie. L'éducatrice amène le combi vidéo-télé et elles se réunissent chez l'une d'entre elles. C'est l'occasion pour chacune de présenter sa famille, de revivre des moments forts. Par deux ou trois, elles s'échappent à la cuisine pour préparer aux invités des beignets qu'elles servent accompagnés de cornichons, tomates crues, olives vertes et fromage venant de Turquie. Ce jour-là, les femmes n'ont pas « appris » quelque chose sur la santé, mais elles ont ri, parlé, se sont confiées. Même l'hôtesse, soignée pour dépression et grande fatigue, avait un large sourire et beaucoup d'énergie.

Ce groupe est très intrigué par le groupe de patchwork qui se réunit dans une autre salle à la même heure. Rendez-vous est alors pris avec les responsables pour une rencontre entre les deux groupes. Les deux responsables montrent aux femmes les techniques, les modèles, les photos, les ouvrages. Les jeunes femmes turques s'éparpillent et se mettent à échanger à une ou deux avec les femmes françaises. Les échanges sont spontanés et chaleureux. La responsable de l'association Patchwork propose que les femmes turques leur fassent découvrir leurs travaux manuels et leur cuisine. Un goûter est prévu la semaine suivante.

Rencontre avec les institutrices

Ces jeunes femmes n'ont jamais rencontré les institutrices de leurs enfants. Elles souffrent de ne pouvoir suivre leurs enfants sur le plan scolaire à cause de leur mauvaise connaissance du français. Notre éducatrice va servir d'intermédiaire. Elle rencontre les enseignants (avec les classes desquels elle mène la campagne Équilibre de vie, prévention des cancers et des conduites à risques), prend des rendez-vous. Saliha est là à chaque rencontre.

Ces rencontres ont eu un impact important sur ces mères qui ont pu découvrir tout un monde auquel elles n'avaient pas accès. Elles se sont senties valorisées mais ont été également culpabilisées des difficultés de leurs enfants. Pendant les rencontres suivantes, l'éducatrice revient sur ces problèmes et permet d'en discuter.

L'éducatrice leur propose une formation aux premiers secours. Les rendez-vous sont pris avec une formatrice des Œuvres hospitalières françaises de l'ordre de Malte. Elles sont très intéressées par ce qu'elles apprennent, sont très assidues et obtiennent leur diplôme. Tout au long de l'année, de nombreux autres thèmes ont pu être abordés avec le groupe, comme les maladies cardio-vasculaires, la grossesse, la sexualité, l'hygiène bucco-dentaire, la relaxation, l'éducation des enfants.

Au bout d'un an, ces jeunes femmes ont une place différente dans le village. Elles se sentent reconnues ; elles s'arrêtent pour parler avec les habitants du village. Certaines se sont inscrites à l'association de gymnastique. Elles veulent continuer les ateliers santé mais sans l'interprète. Elles veulent pouvoir s'exprimer seules.

Anne-Marie Saugeron

Directrice du Codes
des Alpes de Haute-Provence,
Digne-Les-Bains.

Pour en savoir plus

► Organismes ressources et publications

• Direction de la population et des migrations, ministère de l'Emploi et de la Solidarité (DPM)

http://www.sante.gouv.fr/htm/minister/organig/dpm/index_org.htm

En charge de l'encadrement des flux migratoires et de l'accueil et de l'intégration des migrants (plates-formes d'accueil, logement, emploi, médiation, etc.), cette direction est également impliquée dans la lutte contre les discriminations (par exemple, en 2000, création du 114, n° d'appel gratuit sur les discriminations raciales) (membre de Rémisis, voir ci-contre)

• Office des migrations internationales (Omi)

<http://www.omi.social.fr> concentre principalement ses activités sur :

- l'immigration, avec une insistance particulière sur l'accueil des étrangers et de leur famille pour favoriser leur intégration au sein de la population française ;
- le retour au pays d'origine, avec une attention spéciale donnée au développement local et à la formation ;
- l'expatriation, avec l'ouverture depuis le 1^{er} septembre 1999 par l'Omi et l'ANPE d'un réseau public d'emploi à l'étranger.

(membre de Rémisis, voir ci-contre)

• Fonds d'action et de soutien pour l'intégration et la lutte contre les discriminations (Fasild)

remplace le Fonds d'action sociale pour les travailleurs immigrés et leurs familles ; articule ses interventions autour des trois axes suivants :

- améliorer les conditions d'accueil des nouveaux arrivants ;
- soutenir les actions favorisant les trajectoires d'intégration (en matière de santé, un des critères déterminants du soutien du Fas sera fonction de l'inscription dans des dispositifs de droit commun des actions de prévention, formation et éducation) ;
- endiguer les processus de ségrégation et sensibiliser l'ensemble de la société pour rendre efficace la lutte contre les discriminations raciales.

Le Fasild s'est doté de directions régionales (membre de Rémisis, voir ci-contre)

La lettre du Fas (trimestriel)

• Agence pour le développement des relations interculturelles (Adri)

<http://www.adri.fr>

a redéfini son projet en accord avec ses partenaires publics autour des six missions suivantes :

- gérer un centre de ressources documentaires à vocation nationale sur l'intégration ;
- éditer des documents d'information et des ouvrages sur l'intégration ;
- mener des actions de formation en direction des acteurs de l'intégration ;
- apporter un soutien technique aux porteurs de projets favorisant l'intégration ;
- organiser des rencontres et des échanges d'expériences entre les différents acteurs de l'intégration et de la politique de la ville ;
- rassembler et diffuser des informations sur les politiques et les pratiques d'intégration dans les pays européens.

(membre de Rémisis, voir ci-contre)

Adri Info (2 numéros par mois)

Hommes & migrations (bimestriel)

• Office dauphinois des travailleurs immigrés (ODTI)

<http://ecid.online.fr/french/partenaire/odti.html>

Association à caractère régional impliqué dans l'accueil, l'aide juridique, le logement mais aussi l'écoute, le soutien psychologique et la mise en œuvre d'actions de prévention dans le domaine de la santé.

Le centre ressource de l'ODTI est spécialisé dans toutes les questions liées aux migrations ou à l'intégration, avec des documents écrits et vidéo, des guides bibliographiques, des formations, des rencontres-débats.

Résonances

• Conseil et formation sur les relations interculturelles et les migrations (Cofrimi)

<http://cofrimi.france.com>

Structure fondée en 1991 à partir du regroupement des secteurs de formation de trois organismes régionaux : CMSSM (Comité médico-social pour la santé des migrants), EICM (Espace interculturel méditerranéen), SSAFE (Service social d'aide aux émigrants). Elle développe des actions de formation et de soutien aux acteurs de l'intégration et dispose d'un centre ressources documentaires.

Cahiers (parution irrégulière)

Rémisis

réseau dont l'objectif est de repérer et signaler les documents sur les migrations internationales et les relations inter-ethniques.

<http://remisis.free.fr/present.php3>

offre une documentation et des services diversifiés :

- base de données bibliographique sur Internet. Recherche à partir de divers critères (aires géographiques, auteurs, mots-clés, populations, etc.) <http://dodge.upmf-grenoble.fr:8001>
- revue bibliographique : elle fournit chaque trimestre l'information sur les dernières parutions classées par grands champs thématiques, subdivisées selon un plan de classement explicite permettant une recherche à la fois précise et rapide. Elle comprend divers index et indique la localisation des documents.
- recherches bibliographiques personnalisées par thèmes et rétrospectives, sur commande.
- centre de ressources ouvert au public : il comprend un fonds documentaire de 4 000 ouvrages et rapports de recherche, 450 titres de périodiques, y compris les numéros isolés et les numéros spéciaux. Il s'accroît de 15 % chaque année. Il fournit orientation scientifique, conseil, information sur les centres de recherche et de documentation, et permet la consultation de documents.

• VEI

Centre de ressources Ville-école-intégration (VEI) (ex CNDP-Migrants)

<http://www.cndp.fr/vei/>

a pour mission d'informer les acteurs de l'action sociale, de l'éducation prioritaire, de la scolarisation des migrants et de la formation :

base de données documentaires : recherche par mots-clés, par rubriques.

- plus de 16 000 notices (actualisation mensuelle) ;
- textes officiels récents ;
- agenda de manifestations (actualisation hebdomadaire).

(membre de Rémisis, voir ci-dessus)

VEI Enjeux (trimestriel)

VEI Actualité (10 numéros par an)

► Organismes ressources et publications (suite)

• Migrations santé

<http://www.migrations-sante.org/index.html> se propose de contribuer à la promotion de la santé des migrants et de leurs familles, et à leur intégration :

- en améliorant l'accès aux soins et en développant des actions de formation, de recherche et d'information auprès des professionnels de la santé et de l'action sociale ;
- en coopérant avec les organismes privés et publics poursuivant des buts communs ;
- en organisant la collecte d'informations et de données concernant les problèmes sanitaires et sociaux auxquels sont confrontés les migrants ;

- en mettant en place des recherches-actions ;
- en analysant les besoins prioritaires en terme de santé communautaire ;
- en créant des outils pédagogiques appropriés à l'éducation pour la santé ;
- en organisant des sessions de formation en direction des professionnels de la santé et de l'action sociale ;
- en mettant à la disposition du public des données ;
- en diffusant l'information par tous les moyens écrits (revue, lettre), audiovisuels, et multimédia. (membre de Rémissis, voir ci-dessous)

Migrations-Santé (trimestriel)

La lettre de Migrations-Santé France

► Bibliographie

1. La place des représentations en éducation pour la santé

- Bantuelle M., Morel J., Dargent D. *Le diagnostic communautaire*. Bruxelles : ASBL Santé, Communauté, Participation (coll. Santé communautaire et promotion de la santé. ; 3), 2000 : 34 p.
- Mercier M., Delville J. *Aspects psychosociaux en éducation pour la santé*. Bruxelles : De Boeck Wesmael (Savoirs et santé), 1988 : 117 p.

2. La participation des publics dans la démarche communautaire

- Bantuelle M., Morel J., Dargent D. *La participation et les acteurs*. Bruxelles : ASBL Santé, Communauté, Participation (coll. Santé communautaire et promotion de la santé. ; 4), 2000 : 50 p.
- Bass M. *Promouvoir la santé*. Paris : L'Harmattan (coll. Santé, sociétés et cultures), 1994 : 304 p.
- Bosselut C., Ropers P. *Participer en quartier populaire*. Mémoire de DESS Sciences de l'éducation, Université Paris VIII : 2000 : 164 p.
- Burquel C., Lambrechts Y., Thomas N., Van Tichelen B. *Le diagnostic communautaire, outil pour une expérience de promotion de la santé mentale*. Bruxelles : Commission communautaire française (coll. Les cahiers de la santé de la commission communautaire française ; 1998 ; 7 : 42 p. Institut Théophraste Renaudot. *Pratiquer la santé communautaire. De l'intention à l'action*. Lyon : Chronique sociale (coll. Comprendre la société), 2001 : 137 p.
- Norynberg P. *Faire la ville autrement. La démocratie et la parole des habitants*. Barret-sur-Méouge : Yves Michel, 2001 : 140 p.

- Société française de santé publique. *Développement social et promotion de la santé. La démarche communautaire*. Vandœuvre-lès-Nancy : SFSP (coll. Santé & société ; 9), 2000 : 183 p.
- Tessier S., Andrey J.B., Ribeiro M.A. *Santé publique et santé communautaire*. Paris : Maloine, 1996 : 292 p.

3. L'approche interculturelle

3.1 Dans les démarches éducatives en général

- *Ethnicité et prévention spécialisée*. Sauvegarde de l'enfance, 2001 ; 56, n° 5.
- Dasen P.R., Perregaux C. (éds). *Pourquoi des approches interculturelles en sciences de l'éducation ?* Bruxelles : De Boeck Université (coll. Raisons éducatives ; 3), 2000, 298 p.
- Benoist J. (sous la dir.). *Soigner au pluriel : essai sur le pluralisme médical*. Paris : Karthala (coll. Médecines du monde), 1996 : 520 p.
- Demorgeon J., Lipiansky E. M. *Guide de l'interculturel en formation*. Paris : Retz, 1999 : 349 p.
- Mvilongo A. *Pour une intervention sociale efficace en milieu interculturel* : Québec-Canada. Paris : L'Harmattan, 2001, 179 p.
- Profession banlieue. *La médiation sociale et culturelle : enjeux professionnels et politiques. L'exemple des femmes-relais, promotrices de l'intégration des migrants. Colloque européen des 26 et 27 juin 2000*. Saint-Denis : Profession banlieue, 2001
- Verbunt G. *Les obstacles culturels aux interventions sociales. Guide pour la réflexion et les pratiques*. Paris : CNDP, 1996 : 170 p.

► Formations universitaires

• DESS de psychologie interculturelle et pratiques éducatives

Université Toulouse Le Mirail (Mme Z. Gueraoui, tél. : 05 61 50 47 54)

• DU de psychologie interculturelle

Université Bordeaux II (Odile Reveyrand-Coulon, Odile.Reveyrand-Coulon@gefma.u-bordeaux2.fr, Patrick Fermi, patrick.fermi@wanadoo.fr)

• DU Intermédiation culturelle

Université Paris I – Cresif – Tribunal pour enfants de Paris

Comité régional d'éducation pour la santé d'Ile-

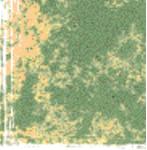
3.2 Dans les démarches de promotion de la santé

- Benoist J., Desclaux A. *Anthropologie et sida : bilan et perspectives*. Paris : Karthala (coll. Médecines du monde), 1996 : 381 p.
- Brohmi H., Vidonne A.-M. *VIH, sida et populations migrantes. De l'intérêt d'une réflexion interculturelle dans la prévention de l'infection à VIH*. Dijon : Cram Bourgogne et Franche-Comté, 1999 : 79 p.
- Es Safi L. *Malades ici, venus d'ailleurs. Peut-on les comprendre ?* Liège : Résonances éditions, 1996 : 47 p.
- Fassin D. (coord.) *Santé, le traitement de la différence*. Hommes et migrations, n° 225, mai-juin 2000, 163 p.
- Huff R. M., Kline M. V. *Promoting health in multicultural populations: a handbook for practitioners*. Thousand oaks (Californie) : Sage publications, 1999: 554 p.
- Iyakaremye S. *L'éducation pour la santé, avec la logique de l'autre*. Bruxelles : Cultures & Santé ASBL, 2001 : 27 p.
- Lévy I. *Soins et croyances. Guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de santé et des acteurs sociaux*. Paris : Estem, 2001 : 222 p.
- Massé R. *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal : Gaëtan Morin, 1995 : 499 p.
- Nathan T., Lewertowski C. *Soigner. Le virus et le fétiche*. Paris : Odile Jacob, 1998 : 207 p.

4. Actions de terrain

- Joubert M., Bertolotto F. (sous la dir.). *Évaluation qualitative de dix actions santé financées par le Fas. Rapport final. Tome 1*. Paris : Resscom, 1996 : 87 p.

Fabienne Lemonnier et Catherine Lavielle, Centre de documentation du CFES.



Maison du diabète et réseaux

La première maison du diabète a été créée en 1987 dans le Nord, à l'initiative des Professeurs Pierre Fossati et Pierre Fontaine, du Docteur Jean-Louis Grenier et de M. Lucien Hanicotte, lui-même diabétique. C'est sous la présidence du Professeur Marc Linquette que cette structure a pris une réelle extension, avec comme motivation première et principale de permettre aux diabétiques d'éviter les complications de leur maladie.

Le concept de « maison du diabète » a été préconisé dans le rapport 1998 du Haut Comité de la santé publique. Il répond également aux recommandations de l'Anaes et de la Cnamts (1999) concernant la prise en charge du patient diabétique de type 2. Ses missions sont en effet de :

- informer et documenter ;
- assurer prévention et éducation ;
- former des professionnels de santé ;
- aider les associations de malades.

Un centre de documentation au service de tous

Notre centre de documentation créé en 1992, d'abord régional, est devenu national. Il est aujourd'hui le plus important de France, surtout pour sa banque de données. Il est à usage du grand public, des diabétiques et des professionnels de santé qui peuvent y trouver, en outre, deux cents documents d'information sur la maladie, son vécu, son traitement, ses complications et tout autre sujet lié au diabète, ainsi qu'une bibliothèque et une vidéothèque.

Répondre aux besoins de prévention et d'éducation

Nous appelons cette activité « diabète accueil ». Ouverte à tous, en groupe ou en individuel, c'est l'activité essentielle de la maison et aussi la plus motivante. Nous rencontrons ainsi chaque jour des personnes mal informées sur la maladie, souvent désespérées, voire découragées face au bouleversement que représente pour certains, la vie quotidienne avec le diabète.

Il s'agit pour nous de passer du temps avec chacun pour accepter cette maladie, mieux la comprendre, s'approprier son traitement et les éléments de diététique afin de les aider à mieux suivre leur traitement. Nous essayons également de motiver chacun à lutter contre la sédentarité et à promouvoir les contrôles médicaux : visites régulières d'ophtalmologie, de cardiologie, de podologue, etc.

Cet accueil est fait dans des locaux conviviaux, faciles d'accès, sans formalités... Nos visiteurs apprécient ce lieu d'échange informel, où ils peuvent rencontrer infirmières, diététiciennes, kinésithérapeute et psychologue, et exposer, lors d'entretiens individuels, leurs divers problèmes quotidiens, leur permettant ainsi de mieux vivre leur diabète.

Nous assurons par ailleurs des formations collectives animées par les infirmières et diététiciennes. Très appréciées des patients, les réflexions et les expériences de chacun y sont mises en commun.

Nous organisons notamment deux cycles de conférences mensuelles portant sur :

- le diabète : le pied du diabétique, l'activité physique, les voyages, la contraception, les complications, le matériel, etc. ;
 - la diététique sous un angle très pratique : repas de fêtes, alimentation équilibrée, lecture des étiquettes, matières grasses, édulcorants, etc. ;
- ainsi que trois ateliers :
- des cours de cuisine avec une diététicienne ;



- des séances de retour à l'activité physique, animées par une kinésithérapeute sophrologue ;
- des réunions d'échanges en groupe avec une psychologue.

Le diabète étant fortement lié aux maladies cardio-vasculaires, nous insistons auprès des diabétiques sur l'importance du contrôle de l'hypertension artérielle, de la surveillance du cholestérol et des visites régulières aux cardiologues. De même, dans la partie diététique, nous accueillons éventuellement des patients atteints d'autres pathologies (obésité, maladies de la nutrition, hypercholestérolémie). La prévention du diabète de type 2 est concernée par ces diverses pathologies.

Nos collaborateurs ont tous été formés en diabétologie et en éducation du patient, et ont suivi des cours au Cetradimn, au centre hospitalier régional universitaire, à l'Hôtel-Dieu, à l'Ipcem, au *Diabetes Education Study Group* (DESG) Inserm et à l'Hôpital cantonal de Genève (service du Professeur Assal). Ils utilisent des outils pédagogiques facilitant la compréhension et l'animation des réunions de groupe.

Chaque année, environ deux mille personnes contactent la maison du diabète : un peu plus de la moitié sont des diabétiques (dont 65 % de type 2) ; sept

cents d'entre elles sont des professionnels de la santé et deux cents des conjoints ou des personnes entourant les diabétiques.

Répondre au besoin de formation des professionnels

Les informations recherchées par les professionnels de santé nous ont incités à organiser des formations sur le vécu du diabète et le « diabète pratique ». De nombreuses écoles d'infirmières et d'aides-soignantes, des pharmaciens, des médecins du travail et divers organismes de formation s'adressent à nous.

Faciliter le développement des associations de malades

Les associations de malades sont vouées à être des partenaires des organismes de santé, encore faudrait-il que ces associations soient représentatives, ce qui est loin d'être le cas (1 % seulement des diabétiques cotise à une association) ; aussi, nous souhaitons aider les associations dans leur développement en leur donnant gratuitement un toit, des moyens logistiques et l'aide d'un personnel qualifié pouvant assurer des permanences.

L'avenir des maisons du diabète

Pour assurer la prise en charge du diabète de type 2, il est maintenant admis qu'il faut créer des réseaux et/ou

des maisons du diabète. En effet, les maisons du diabète sont des outils pour les médecins généralistes qui n'ont souvent ni le temps, ni les moyens, ni les structures pour assurer seuls la prévention tertiaire du diabète, l'éducation du patient et la lutte contre la sédentarité.

Elles ont donc vocation à être un partenaire pour les réseaux. Plusieurs maisons ont d'ailleurs suscité la création de réseaux : c'est le cas au Mans, à Rennes, Reims, Lille. Inversement, des maisons sont en création à la demande de réseaux « diabète » existant à Chartres, Béthune, Dunkerque et Tours.

Ce développement montre bien que les maisons du diabète sont une aide aux réseaux, mais aussi une alternative pour les médecins n'appartenant pas à un réseau ou, *a fortiori*, dans les régions où il n'y a pas de réseaux. Il s'agit pour nous, dans ces dernières fonctions, d'accomplir notre mission traditionnelle d'aider les diabétiques.

Lucien Hanicotte

Secrétaire général,

Union des maisons du diabète.

Rubrique coordonnée par I. Vincent :
isabelle.vincent@cfes.sante.fr

Sleepy Hollow

Un film de Tim Burton États-Unis, 1999, 1 h 45.

avec **Johnny Depp** (Ichabod Crane),
Christina Ricci (Katrina Van Tassel),
Miranda Richardson (Lady Van Tassel),
Michael Gambon (Baltus Van Tassel),
Marc Pickering (le jeune Masbath),
Christopher Lee (le juge à New York),
Christopher Walken (le cavalier sans tête).

1. Le film

Dans le village de Sleepy Hollow, en 1799, un mystérieux cavalier sans tête a assassiné trois personnes en les décapitant. Un détective farouchement rationaliste, Ichabod Crane, est envoyé sur les lieux pour mener l'enquête. Sa présence n'empêchera pas le cavalier mystérieux de commettre de nouveaux crimes et Ichabod sera bien obligé d'admettre la dimension surnaturelle de cette étrange affaire.

2. Le public auquel le film est destiné

Ce film de Tim Burton se signale notamment par la grande qualité plastique de ses images, par son travail remarquable sur les décors, la lumière et les couleurs. Il peut plaire à un large public d'adolescents à partir de 14 ans environ.

3. Rapport avec la problématique santé

Sleepy Hollow est incontestablement un film de fiction qui n'aborde apparemment aucun grand thème de santé : les personnages y ont, au contraire, la fâcheuse tendance à terminer décapités par un chevalier fantôme ! Mais ce fut précisément pour nous l'occasion d'aborder avec un public d'adolescents la question de la violence au cinéma et dans les médias en général. Cette question revient régulièrement dans les débats journalistiques qui s'interrogent parfois avec angoisse (feinte ou simulée) sur les effets de telles représentations violentes sur les enfants ou les adolescents, mais il est moins fréquent que l'on demande à des jeunes de s'exprimer à ce propos. On sait, par exem-



D.R.

ple, que nombre d'entre eux sont friands de films d'horreur (genre qui comprend des variantes particulièrement saignantes comme le cinéma « gore »), mais ce goût est-il unanimement partagé ou bien masque-t-il une diversité de réactions ou parfois même des attitudes de rejet qui ne peuvent s'exprimer que difficilement ?

C'était également l'occasion de permettre aux jeunes spectateurs de s'exprimer à propos d'un reproche qui leur est souvent adressé de façon plus ou moins directe, celui de se complaire dans des représentations de la violence qui devraient conduire à une confusion entre la réalité et la fiction. Ici aussi, il nous paraissait intéressant de confronter cette critique abstraite avec les réactions concrètes et diversifiées des adolescents et adolescentes.

4. L'animation

Juger la violence au cinéma

L'animation, qui a eu lieu dans des classes avec des adolescents de 16 ans environ et qui, à chaque fois, a duré deux heures, débutait par un questionnaire écrit qui demandait à chaque participant de porter une appréciation sur différentes scènes du film : la scène avait-elle paru plus ou moins « impressionnante »¹ au spectateur (une échelle

d'évaluation permettait de nuancer la réponse). Une dernière question demandait aux participants de juger de façon globale la « violence » de *Sleepy Hollow*.

L'animateur recueillait ensuite les questionnaires et, de manière intuitive, repérait les scènes qui avaient été généralement perçues comme assez ou très « impressionnantes ». Une discussion visait alors à préciser quelles étaient exactement les impressions ressenties et à repérer les « mécanismes » cinématographiques ou autres, qui permettaient d'expliquer les effets produits. La réflexion se basait essentiellement sur les souvenirs que le film avait laissés aux jeunes spectateurs, même si l'animateur, qui connaissait très bien le film, pouvait préciser le déroulement ou le montage de certaines séquences : en fait, si certains spectateurs conservent une impression globale, indistincte, qui mêle éléments véridiques et éléments reconstitués, d'autres (deux ou trois personnes par classe) ont, en revanche, des souvenirs tout à fait exacts, ce qui permet souvent une confrontation très enrichissante des points de vue.

Cette discussion a généralement fait apparaître que le film de Tim Burton utilise des procédés qui favorisent la « distanciation » du spectateur par rapport



à la violence des événements représentés. L'humour qui baigne la plupart des scènes permet ainsi très souvent de dédramatiser des séquences qui autrement seraient beaucoup plus impressionnantes : le personnage d'Ichabod Crane (incarné par Johnny Depp) fait souvent rire, il s'évanouit à de nombreuses reprises, par exemple lorsque la tête du juge Philips roule entre ses jambes avant que le cavalier sans tête ne vienne s'en emparer d'un coup d'épée. Et, lorsque dans son lit, il raconte aux Van Tassel sa rencontre avec le cavalier, il s'évanouit une nouvelle fois. Le personnage d'Ichabod ne semble pas vraiment « sérieux » et permet donc de rire à des moments qui sont par ailleurs dramatiques.

On remarque également certaines caractéristiques esthétiques, comme la lumière utilisée dans le film, qui concourent à cet effet de distance : les couleurs sont en effet « désaturées » – c'est-à-dire qu'elles ne sont jamais pures et tendent au contraire vers un gris plus ou moins foncé –, donnant ainsi l'impression d'un film presque en noir et blanc. Seules les scènes de nuit ont une apparence bleutée, mais l'effet reste

sensiblement le même. Plusieurs participants signalent néanmoins la présence de « taches » de couleur plus ou moins frappantes : c'est l'orange des citrouilles qui apparaissent à plusieurs reprises, c'est le rouge de l'oiseau cardinal... et du sang qui gicle notamment au visage d'Ichabod. On se souvient également des scènes de rêve d'Ichabod qui se déroulent d'abord dans une atmosphère ensoleillée, printanière, dont la lumière est éclatante, et contraste avec l'atmosphère sombre qui règne à *Sleepy Hollow*. Tout cela concourt donc à l'aspect volontairement « irréaliste » du film et désamorce les effets de peur éventuelle ou de violence. Le film, loin d'avoir été tourné en décors naturels, a en fait été réalisé pour la plus grande partie en studio où tout a été reconstitué, même la forêt où se cache le cavalier sans tête : tous les troncs d'arbres par exemple sont noirs (jamais bruns ni verts), ce qui est en accord avec les couleurs dominantes mais peut aussi paraître artificiel.

Un peu paradoxalement, la scène jugée la plus « impressionnante » est sans doute la moins « sanglante » visuellement parlant. Le cavalier sans tête,

revenant d'entre les morts, massacre toute une famille, père, mère et surtout enfant : ce dernier meurtre n'est pas montré, on voit seulement le cavalier saisir l'enfant, mais le montage coupe (...cinématographiquement parlant) soudainement la scène et nous montre seulement un témoin lointain qui entend le cri de l'enfant. Le cinéaste touche ici à un tabou très fort, et les mécanismes de « distanciation » (dont notamment le changement de point de vue) ne peuvent empêcher la majorité des spectateurs de ressentir cette scène comme extrêmement violente.

On voit donc que les spectateurs (jeunes ou moins jeunes) sont capables de porter des jugements relativement nuancés et complexes sur le caractère plus ou moins violent des différentes séquences d'un film comme *Sleepy Hollow*. La discussion a permis notamment d'explicitier les mécanismes (ou certains mécanismes) de défense que nous utilisons face à des scènes particulièrement « impressionnantes ». Elle a fait également apparaître des différences de sensibilité parmi les spectateurs, certaines scènes jugées anodines par la plupart des participants étant, au contraire,

jugées par d'autres (il pouvait même ne s'agir que d'une seule personne) choquantes ou « traumatisantes » : un instrument de torture entraperçu en arrière-plan au début du film (une cage à forme humaine où est enserré un détenu) a ainsi manifestement réveillé des angoisses latentes chez un jeune spectateur, même s'il soulignait lui-même le caractère fictif de la scène.

L'animation a, nous semble-t-il, permis de dépasser des jugements sommaires (j'aime/je n'aime pas) et de mieux comprendre les effets ressentis face aux différentes séquences. Elle a également favorisé l'expression d'impressions personnelles et fait ainsi apercevoir aux participants une diversité de sensibilités, souvent masquée par l'appartenance au groupe scolaire. Cette partie de l'animation a d'ailleurs fait l'objet d'un compte rendu qui a été ensuite photocopié et remis aux élèves.

Des images « traumatisantes »

La deuxième partie de l'animation a été rendue possible par les discussions qui ont précédé et ont instauré un climat de relative confiance. Les participants ont en effet été invités à se souvenir d'une image vue au cinéma, à la télévision ou dans n'importe quel autre média et qu'ils ont jugé particulièrement choquante ou violente : on leur a demandé de décrire par écrit, individuellement et anonymement, le contenu et la forme de cette image et d'essayer d'expliquer le plus complètement possible les raisons pour lesquelles cette image les avaient particulièrement marqués. Dans notre esprit, l'exercice avait un but à la fois littéraire et personnel : il s'agissait de favoriser l'expression de sentiments très personnels, mais en leur donnant une forme relativement travaillée, susceptible d'être communiquée à des lecteurs anonymes.

Les textes ainsi produits ont d'ailleurs été recueillis par l'animateur qui les a retranscrits et photocopiés pour les remettre ensuite à l'ensemble de la classe (en respectant l'anonymat des rédacteurs).

L'intérêt de ces textes est multiple. Pratiquement tous les participants citent spontanément des images qui leur reviennent à la mémoire et qui remontent souvent à l'enfance (ils s'en distancient fréquemment en remar-

quant qu'à présent ces images ne les heurteraient plus ou de façon moins nette). Beaucoup évoquent notamment des films d'horreur (la série de *Freddy*, *Chucky*, la poupée tueuse, *Candyman*, *Alien*, etc.) qui ont été vus en compagnie ou à l'instigation de « plus grands » et qui ont été vécus pratiquement comme des rites d'initiation : pour ne pas perdre la face devant les « grands », les petits sont ainsi amenés à supporter sinon à endurer un spectacle qui les effraie ou leur répugne.

Mais d'autres images très fréquemment citées sont, elles, bien réelles : il s'agit de photos ou de films soit sur des famines dans le tiers monde soit sur les camps de concentration nazis. Ces images, loin d'être banalisées, ont un impact émotionnel très fort : alors que les scènes des films d'horreur sont mises à distance par l'âge (« *aujourd'hui, je n'aurais plus peur* »), les participants insistent sur le caractère bien réel des événements représentés sur ces images.

Enfin, on peut remarquer que l'impact émotionnel d'une image violente n'est jamais simple ou direct et dépend en partie de nos connaissances extérieures, de nos jugements de valeur et de nos opinions. Beaucoup de jeunes d'origine arabe citent ainsi comme particulièrement choquante la séquence filmée par la télévision montrant un jeune Palestinien pris avec son père sous le feu des soldats israéliens et finalement

abattu. Leur émotion est certainement légitime mais on comprend aussi qu'elle n'est pas indépendante de tout un contexte social et politique, qui fait que ces jeunes se sentent immédiatement solidaires des Palestiniens et sont donc particulièrement sensibles à l'injustice dont ils sont l'objet. Mais la remarque vaut de manière générale et notre connaissance du contexte où s'inscrivent les images violentes intervient toujours dans notre perception de leur éventuel degré de violence : c'est en reconnaissant *Sleepy Hollow* comme un film fantastique, comme une fiction destinée à nous faire frémir « pour de faux » que les spectateurs parviennent précisément à se distancier des effets produits par ces images.

Ainsi, on espère que la réflexion qui a été menée avec l'ensemble des participants autour du film de Tim Burton ne s'est pas limitée au plan « cognitif », mais a pu amener une plus grande maîtrise des réactions émotionnelles de chacun.

Michel Condé

Centre culturel des Grignoux, Liège.

1. Le terme, assez vague, ne portait donc pas nécessairement sur la dimension violente du film. Il s'agissait de désamorcer certaines réactions de bravade consistant à prétendre que rien dans le film n'était vraiment violent.

Rubrique Cinésanté coordonnée par
M. Condé : contact@grignoux.be
et A. Douiller : alain.douiller@free.fr



Les accidents de l'enfant en France.

Quelle prévention, quelle évaluation ?

Anne Tursz, Pascale Gerbouin-Rerolle

Partant du constat que les accidents de jeunes enfants de 5 à 9 ans représentent plus du tiers de leurs décès en France et que notre pays présente un taux de mortalité accidentelle supérieur à ceux de pays voisins, les auteurs s'interrogent sur les possibles carences dans la prévention des accidents d'enfants. Après un rapide exposé des grands principes et un historique de la prévention des accidents à travers la littérature scientifique, les auteurs citent les principaux chiffres de mortalité et de morbidité acciden-

telles. Dans un deuxième temps, ils dressent un état des lieux épidémiologique de la mortalité et de la morbidité accidentelles de l'enfant, et proposent un bilan de l'organisation de la prévention. Dans un dernier chapitre, les auteurs se consacrent aux principaux types d'actions entreprises et à leur évaluation au niveau de la législation et de la normalisation, de l'éducation et de l'information. Enfin, la dernière partie de l'ouvrage livre un certain nombre de recommandations concernant l'amélioration des connaissances, la recherche, la prévention et mentionne des centres de ressources (coordonnées postales et sites Internet).

Paris : Inserm, coll. Questions en santé publique, 2001 : 204 p., 24,39 €.

Qu'est-ce que soigner ?

Le soin, du professionnel à la personne.

Sous la direction de Pascal-Henri Keller, Janine Pierret

Cet ouvrage tente de répondre aux différentes questions que peuvent se poser les professionnels de la santé concernant leur implication dans la prise en charge psychologique des personnes soignées. Comment mesurer la part du soin qui revient à l'entourage et celle qui revient aux professionnels ? Leur implication va-t-elle vraiment de soi ? Où se situe la frontière entre le médical et le social, le technique et le relationnel dans l'acte de soin ? L'ouvrage réunit les contributions de différents professionnels : anthropologues, sociologues, psychologues et médecins. Différents axes de réflexion sont abordés. Le premier article évoque la trans-

formation des soins familiaux, sous l'influence des restructurations du système de santé. Plusieurs articles évoquent la prise en charge complexe de l'émotionnel dans la relation qui unit le médecin et son patient. Différents contextes professionnels sont évoqués : celui du chirurgien, du médecin généraliste, des professionnels de la rééducation et de l'aide-soignant. Deux articles sont consacrés à la prise en charge de l'acte de soin familial, particulièrement en direction des personnes âgées. Un article, en particulier, s'attache à distinguer les concepts de soin et de traitement. D'autres mettent en évidence la relation qui unit l'acte de soin et la culture. Les deux derniers articles de l'ouvrage mettent en avant la prise en charge du patient dans les médecines indienne et chinoise.

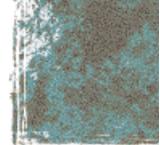
Paris : Syros, coll. Société et santé, 2000 : 240 p., 19,06 €.

Le harcèlement moral au travail

Conseil économique et social. Préface Michel Debout

Ce rapport présente l'avis adopté par le Conseil économique et social concernant le problème du harcèlement moral au travail. La première partie est destinée à mieux comprendre ce phénomène. Un premier chapitre est donc consacré à un état des lieux des travaux effectués par les différents acteurs du milieu syndical et associatif pour rendre compte de ce problème. Les différentes enquêtes réalisées jusqu'à maintenant sur le plan international, européen et national sont présentées. Le rapport évoque également l'aspect juridique du phénomène. Il présente les dispositions qui doivent permettre de protéger les personnes au sein de l'entreprise ainsi que les projets de législation mis en œuvre dans ce domaine. Un deuxième chapitre est consacré à la difficulté de donner une définition au harcèlement moral, prenant en compte à la fois les aspects cliniques et le contexte du travail. La deuxième partie du rapport propose différents niveaux de recommandations et d'orientations. Elle souligne le besoin d'introduire la problématique du harcèlement moral dans le code du travail et présente sa mise en application dans la fonction publique. Un deuxième chapitre est consacré aux dispositifs de prévention à mettre en œuvre dans l'entreprise. Le dernier chapitre évoque enfin différentes possibilités de réparation et de sanction.

Paris : Éd. des Journaux Officiels. Avis et rapports du Conseil économique et social, 2001 : 126 p., 5,70 €.



L'éducation pour la santé, avec la logique de l'Autre

Silas Iyakaremye

Ce fascicule analyse la fonction d'éducation pour la santé dans le milieu interculturel. Il évoque en premier lieu le rôle majeur que joue la culture dans la construction psychologique de chaque personne. Il souligne également l'évolution constante de l'image de l'autre, due notamment aux changements dans la répartition des nationalités d'origine des demandeurs d'asile. Ce phénomène est appréhendé comme un frein dans la mise en place d'actions d'éducation pour la santé auprès des populations immigrées. La relativité de l'identité culturelle est également posée comme un facteur contraignant. Face à ces constats, les auteurs soulignent la difficulté de mettre en place des actions d'éducation pour la santé efficaces. Ils mettent alors en avant le rôle majeur que doit jouer la communication pour dépasser les clivages culturels et sociaux, en favorisant notamment l'autonomie et la prise de responsabilité de l'Autre. En pratique, les auteurs soulignent trois axes de travail et de réflexion à prendre en compte dans toute action d'éducation pour la santé : appréhender le processus migratoire comme un facteur de fragilité psychosociale ; prendre en compte l'existence de dénominateurs communs en santé entre les personnes immigrées et les personnes défavorisées ; prendre en compte également l'existence de problématiques sanitaires spécifiques à la précarité physique, morale et sociale.

Bruxelles : Cultures & Santé asbl, 2001 : 27 p., 3,10 €.

J'ai été racketté : le racket, un acte de violence.

Laudemo, Marie-Sabine Roger, Cassandre Guibert (dessins).

Cet ouvrage s'adresse directement aux enfants. Utilisant un vocabulaire adapté aux plus jeunes, l'ouvrage aborde le problème sensible du racket. Il s'organise en trois parties. Une courte histoire est d'abord présentée aux enfants. Elle raconte l'histoire d'un enfant qui se fait racketter à l'école par deux autres garçons plus âgés et qui n'ose pas en parler. Dans un deuxième temps, les auteurs ont répertorié différentes questions que les enfants sont susceptibles de se poser. Certaines donnent à l'enfant des réponses précises pour savoir réagir face aux agresseurs : comment se défendre ? Si j'obéis, me laisseront-ils tranquille ? Si je les dénonce, que leur arrivera-t-il ? D'autres questions tentent de mieux définir et expliquer les origines de ce problème : que veut dire le mot racket ? Pourquoi rackettent-ils ? Pourquoi y a-t-il de la violence à l'école ? Y a-t-il des solutions ?

Dans un dernier temps, les auteurs ont rassemblé différents types de textes pour amener les enfants à développer leur réflexion. De courts extraits de témoignages d'enfants menacés ou rackettés sont présentés. Différents textes législatifs concernant la délinquance juvénile et le droit des enfants, ainsi que les solutions envisagées pour résoudre le problème du racket dans d'autres pays européens, sont proposés. L'enfant pourra également trouver, à la fin de l'ouvrage, une liste d'adresses utiles pour se renseigner ou pour se procurer de l'aide, ainsi qu'un lexique des termes compliqués.

Paris : Autrement Jeunesse, coll. Junior Société, 2001 : 47 p., 7,95 €.

Outil didactique sur le tabac. Enseignement secondaire

Fondation contre les affections respiratoires et pour l'éducation à la santé (Fares), EDEX Kolektiboa.

Cet outil a pour objectif d'amener les jeunes à éviter ou à arrêter de fumer et à porter un regard plus critique sur le tabac et son industrie. L'outil se compose de trois livrets. Le premier est un dossier informatif. À travers une dizaine de chapitres, il répertorie différents paramètres d'informations sur le tabac : définition, historique, données sur la consommation, risques pour la santé, tabagisme passif, dépendance, prévention et cadre juridique. Le deuxième livret est un répertoire d'activités, destiné au professeur. Il propose divers conseils méthodologiques permettant d'aborder en classe les thèmes suivants : réaliser une enquête sur le tabac, découvrir les coulisses de l'industrie du tabac, éviter les tentations, appréhender le passage de l'enfance à la vie d'adulte. Chaque thème décline plusieurs activités avec une présentation du contexte, des objectifs poursuivis, de la technique requise, du matériel demandé et du déroulement de la séance. Une fiche de travail est proposée à l'élève pour chaque activité. Une fiche d'évaluation permet également de déterminer l'évolution des connaissances et attitudes des élèves face au tabac suite à ce programme. Le troisième livret est un guide pratique pour arrêter de fumer. À travers sept chapitres, il passe en revue les différents pièges auxquels la personne doit faire face pour y parvenir : la prise de décision, le jour J, les conseils pour ne pas craquer, la prise de poids, l'état de manque, les possibilités de rechute.

Bilbao : EDEX Kolektiboa, 1997. Pour la France : 17,35 €, frais de port 4,96 €.

Rubrique coordonnée par le centre de documentation du CFES : doc@cfes.sante.fr

Anne Gareau

