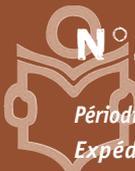


BELGIQUE - BELGIË
P.P.
BRUXELLES - BRUSSEL X
BC 1528

LE JOURNAL DE L'ALPHA



Alpha et santé

 N° 164

Junin 2008

Périodique bimestriel - Ne paraît pas en juillet/août - Bureau de dépôt : Bruxelles X - N° d'agrégation : P201024
Expéditeur : Lire et Ecrire Communauté française - Rue Antoine Dansaert 2a - 1000 Bruxelles



RÉDACTION

Lire et Ecrire Communauté française a.s.b.l.
Rue A. Dansaert, 2a - 1000 Bruxelles
tél. 02 502 72 01
courriel : journal.alpha@lire-et-ecrire.be

SECRÉTAIRE DE RÉDACTION

Sylvie-Anne GOFFINET

COMITÉ DE RÉDACTION

Nadia BARAGIOLA
Catherine BASTYNS
Jean CONSTANT
Véronique DUPONT
Cécilia LOCMANT
Véronique MARISSAL
Guillaume PETIT
Lise VALCKENAERS
Annick WUESTENBERG

EDITRICE RESPONSABLE

Catherine STERCQ
Rue A. Dansaert, 2a - 1000 Bruxelles

PHOTO DE COUVERTURE

Repas diététique à Lire et Ecrire
Centre-Mons-Borinage

MISE EN PAGE

Eric TOUMPSIN

ABONNEMENTS

Belgique : 25 €

Etranger : 30 €

A verser à Lire et Ecrire a.s.b.l.
Compte n°001-1626640-26
N° IBAN : BE59 0011-6266-4026
Code BIC : GEBABEBB
Agence FORTIS
Place de la Bourse, 2 - 1000 Bruxelles

Membre de l'Association
des Revues scientifiques et culturelles
ARSC - www.arsc.be

LES OBJECTIFS DU JOURNAL DE L'ALPHA

- > Informer et susciter réflexions et débats sur des thèmes pédagogiques et politiques liés à l'alphabétisation et à la formation de base des adultes peu scolarisés.
- > Favoriser les échanges de pratiques pédagogiques centrées sur le développement personnel et collectif, la participation à la vie sociale, économique, culturelle et politique des personnes en formation.
- > Mettre en relation les acteurs du secteur de l'alphabétisation et de secteurs proches dispersés géographiquement ou institutionnellement.
- > Ouvrir un espace rédactionnel aux intervenants de ces secteurs.

Une rubrique 'Droit de réponse' permet de réagir au contenu du journal.

La contribution des lecteurs est également attendue pour partager réflexions, expériences ou lectures, en lien avec les prochains dossiers.

PROCHAINS DOSSIERS :

- > L'évaluation
- > Les causes de l'illettrisme
- > Les récits de vie

**Le Journal de l'alpha est publié
avec le soutien du Ministère
de la Communauté française,
Service de l'Éducation permanente
et de l'Union européenne.**



Dossier : Alpha et santé

Edito : Quand l'alpha se mêle du droit à la santé d'un public qui en est souvent exclu	5
Catherine STERCQ – Coprésidente de Lire et Ecrire Communauté française	
Education populaire à la santé	
A la favela de João Pessoa... et ailleurs !	7
Isabelle PIERDOMENICO	
La politique de santé arrive-t-elle à réduire les inégalités de santé ?	13
Pierre HENDRICK – ATD Quart Monde	
La santé, la maladie, c'est toute une vie	20
Natalie RASSON	
La sous et la suralimentation	
Société de consommation et rapports Nord-Sud	29
Fabien MASSÉ – Lire et Ecrire Hainaut occidental	
L'alpha chasse les baskets !	32
Toni MASTROGIUSEPPE – CIEP Alpha Namur	
Participation à un Forum des usagers des soins de santé	
Histoire d'un film	38
Marilyn DEMETS et Sabine DENGHIEN – Lire et Ecrire Hainaut occidental	
A propos de la violence conjugale	42
Sandrine FRANCOTTE – Collectif Alpha Molenbeek	
Equilibre alimentaire et hygiène de vie	
Premières animations qui marquent le début d'une action	
en faveur du droit à la santé	47
Equipe pédagogique – Lire et Ecrire Centre-Mons-Borinage	
Opération « toilettes propres »	52
Serge GRAMTINE, François DUFOUR et Anne GODENIR – Lire et Ecrire Hainaut occidental	
Cultures & Santé : une asbl de promotion de la santé	56
Carol ETIENNE et Marjolaine LONFILS – Cultures & Santé	
Question Santé : une asbl qui met ses compétences et connaissances	
au service des associations	62
Isabelle DOSSOGNE et Bernadette TAEYMANS – Question Santé	

Analphabétisme et santé

Présentation du travail de fin d'études en médecine générale de Gilles HENRARD 66

Sylvie-Anne GOFFINET – Lire et Ecrire Communauté française

Recension

La santé : pistes bibliographiques 68

Myriam DEKEYSER – Centre de documentation du Collectif Alpha

Lire et Ecrire

Le bien-être au travail

**D'une analyse de risque participative vers une gestion globale
de la politique de prévention. 76**

Muriel HENGELS – Lire et Ecrire Communauté française

Livres-Médias-Outils

Pratiques démocratiques à l'école 80

CGé

Concevoir, construire et utiliser un outil pédagogique 81

Michel HUBER

Alphabétisation et exclusion 82

ATD Quart Monde

La présentation des dossiers et les sommaires détaillés des numéros déjà publiés sont disponibles, numéro par numéro, sur le *Portail de l'alpha*, à la page :

<http://publications.alphabetisation.be> (> *Journal de l'alpha* > *Numéros précédents*).

Une version papier est également disponible sur demande à la rédaction (tél : 02 502 72 01).

Quand l'alpha se mêle du droit à la santé d'un public qui en est souvent exclu

QUESTION QUOTIDIENNE pour les apprenants et les intervenants en alpha confrontés à l'analphabétisme en santé mais aussi aux maladies et difficultés liées à la pauvreté et à la précarité.

Question en lien avec l'éducation populaire, comme le souligne le premier article de ce numéro : *Education populaire à la santé. A la favela de João Pessoa... et ailleurs !* Vous vous retrouverez tous dans la description de cette expérience, située pourtant bien loin d'ici. Qui nous rappelle que l'éducation populaire ne vise pas à former des sujets subalternes bien formatés et que l'éducation populaire à la santé est notre participation, en tant que personnes ressources, aux efforts de lutte pour la santé déjà initiés par les citoyens. En éducation populaire à la santé, comme l'écrit Isabelle Pierdomenico, auteure de l'article, « *ce n'est pas un patient qui consulte un représentant de la science, c'est un homme instruit et humble qui consulte la famille du malade pour ensemble construire un savoir nulle part écrit dans les références les plus scientifiques* », recadrant ainsi également notre rôle d'intervenant en alphabétisation populaire.

Question en lien avec les inégalités sociales face à la santé, que les politiques de santé ne parviennent pas à réduire. Politiques que nous présente Pierre Hendrick d'ATD Quart Monde dans son article *La politique*

de santé en Belgique arrive-t-elle à réduire les inégalités de santé ? La pyramide de la santé se révèle être une copie conforme de la pyramide des inégalités au sein de la société. Et ce malgré un système de santé jugé performant, mais dont la complexité administrative décourage toutes les personnes en souffrance face à la paperasse. Et cela, sans parler du sort des sans-papiers. Quand on sait qu'en Belgique un clandestin sur sept ne bénéficie d'aucun soin médical, on se rend compte que le droit à la santé est encore bien maltraité dans un pays... qui se pose parmi les défenseurs des droits de l'homme.

L'alphabétisation a donc un rôle important à jouer pour soutenir les personnes dans leurs revendications d'accès à l'ensemble de leurs droits fondamentaux. En effet, le système des soins de santé n'intervient que pour 10 à 15% dans l'état de santé d'une personne, les conditions d'habitat intervenant pour 20% et les conditions socio-économiques et les conditions de vie, dont la formation, pour 40 à 50%.

Question en lien avec la manière, culturelle et personnelle dont chacun vit la maladie et le temps de la maladie. Le temps du patient et le temps du médecin diffèrent, tout comme celui de l'apprenant et du formateur. Et si, pour certains, aller au cours d'alpha est la seule sortie légitime,

pour d'autres c'est aller chez le médecin qui est la seule sortie que l'on s'autorise. La maladie peut aussi être une manière de trouver une place, en situation d'exil, lorsqu'on devient vieux,... comme l'a mis en évidence une recherche menée auprès des patients d'une maison médicale. Cette recherche, qui portait notamment sur la question du temps dans la maladie et la santé – dans sa partie intitulée *La santé, la maladie, c'est toute une vie* – illustre également la question de l'écoute, de la parole et des savoirs humains des habitants d'un quartier que « *beaucoup ne considèrent plus comme tout à fait humain* ». Nombre de ces constats nous font écho : la bataille nécessaire pour faire taire ses propres mots et laisser la voix des autres ouvrir ses certitudes, la question du coût symbolique et du coût des contraintes sociales, dans la santé comme dans l'apprentissage, le fatalisme face à l'ordre des choses et au destin tracé d'avance,...

Question aussi de sensibilisation du milieu de la santé à la 'fracture médicale'. Une recherche sur les liens entre analphabétisme et santé met en évidence la question de la communication entre « *ceux qui parlent médecin* » et les autres, et par là l'enjeu pour le corps médical à quitter le pouvoir de ses mots. Pour que les médecins d'aujourd'hui n'agissent plus comme le médecin de Molière qui parlait latin « *pour exclure les patients et leur entourage de l'univers idéal qu'ils entendaient constituer et ainsi exercer leur emprise sur eux* ».

Les récits de projets menés en alphabétisation – *La sous et la suralimentation : société de consommation et rapports Nord-Sud ; L'alpha chasse les baskets ! ; Participation à un forum des usagers de soins de santé ;*

A propos de la violence conjugale ; Premières animations qui marquent le début d'une action en faveur du droit à la santé ; Opération « toilettes propres » – montrent que les inégalités en santé ne sont pas une fatalité et que l'alpha peut, elle aussi, participer à l'éducation populaire à la santé telle que la définit Isabelle Pierdomenico. Sans action proprement médicale, l'alpha peut contribuer à l'expression de son vécu (celui notamment qu'on n'a jamais osé exprimer) et à la conscientisation en matière de santé, au bien-être des uns et des autres, à la prise en main par chacun de sa santé,... Elle peut aider les apprenants à porter leurs revendications d'accès aux soins de santé devant les responsables politiques. Elle peut soutenir des apprenants qui, rassemblés dans une commission santé, se forment et s'informent pour ensuite former et informer leurs pairs. L'enjeu de l'alpha en matière de santé est également linguistique et scientifique : il faut que tous puissent comprendre, analyser et utiliser le langage du monde médical.

Parce que nous ne sommes pas des spécialistes en matière de santé, nous sommes, dans ce domaine comme dans d'autres, souvent amenés à travailler en partenariat, par exemple avec des associations d'éducation permanente spécialisées en éducation à la santé, comme le sont notamment *Cultures & Santé* et *Question Santé* à qui nous avons ouvert nos pages pour qu'elles vous présentent leurs services et leurs publications. N'hésitez pas à faire appel à elles !

Catherine STERCQ
Coprésidente

Éducation populaire à la santé

A la favela de João Pessoa... et ailleurs !

Lors du IVème Colloque international Paulo Freire à Recife¹, j'ai rencontré des acteurs de l'éducation populaire au Brésil, notamment l'équipe de Eymard Mourão Vasconcelos. Médecin, maître en Education et professeur au Département de Promotion de la Santé à l'Université Fédérale de Paraíba, Eymard m'a permis d'intégrer son équipe pluridisciplinaire au Centre de santé de la favela de João Pessoa, au nord de Recife.

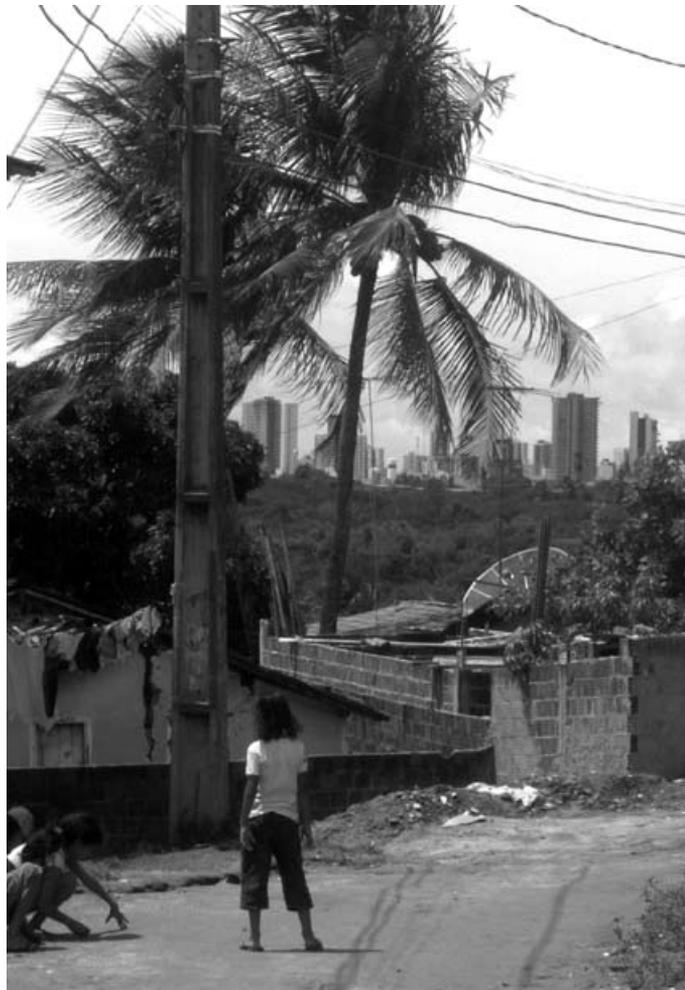
A partir d'un de ses articles² – où il formalise une expérience semblable à celle qu'il m'a donné la chance de connaître – et de mon carnet de voyage, je tâcherai d'expliquer dans les lignes qui suivent la méthodologie de l'éducation populaire en santé et d'en analyser l'impact.

La favela de João Pessoa

Comme partout au Brésil ou ailleurs, la favela s'est développée à partir de l'exode rural vers la ville. Si vous avez vu *La Cité de Dieu*, divisez par deux au moins l'idée que le film vous a laissé de la violence. João Pessoa est beaucoup plus calme que Rio, ville des extrêmes beautés et horreurs. Mais gardez intactes les images de précarité, de débrouillardise, de bandes d'enfants animant des rues labyrinthiques.

La santé en favela

Diarrhées, parasites intestinaux, mycoses, maladies vénériennes, infections aiguës, refroidissements, pneumonies... font partie du quotidien des favelados. Nombreux sont



ceux qui passent rapidement au traitement, mais il reste encore beaucoup de familles dites 'à risque', où la maladie est récurrente et traitée seulement quand elle a pris trop d'ampleur. C'est le cas des familles en crise pour cause de perte d'emploi, maladie des parents, dépendance à la drogue, mésentente du couple, migration récente, présence d'un grand nombre d'enfants en bas âge, implication dans des activités illicites, etc. Dans ces situations de misère sociale, les maladies infectieuses et parasitaires sont juste un symptôme et renvoient à l'alcoolisme, la violence conjugale, la négligence, la malpropreté, la maladie mentale, le désespoir, la délinquance, le handicap physique... La situation de ces familles est si complexe que le mal leur apparaît indicible et incurable, en dépit des avancées en médecine, parce que le système médical fonctionne encore trop souvent selon le raisonnement 'à problème précis, solution précise'. Au lieu d'envisager la maladie dans sa globalité, chaque symptôme est traité séparément, ce qui revient à renvoyer indéfiniment le patient vers d'autres intervenants.

Autre constat : même dans le cas d'une famille 'sans risque', l'équipe d'Eymard constate que la simple prescription de médicaments sans suivi a peu de répercussions sur l'évolution de la maladie, parce que les familles frappées par la misère deviennent trop vulnérables pour être capables d'initiative et de soins à leurs membres. Le suivi des enfants, des personnes âgées et des personnes handicapées ne peut dépendre des seuls parents.

La réponse intégrée à ces problèmes posés par la favela, c'est l'éducation populaire à la santé : une équipe de professionnels mobilisant leurs compétences médicales et pédago-

giques dans un accompagnement préventif, différencié et durable.

L'éducation populaire à la santé

Les centres de santé sont nés durant les années septante au Brésil, en réaction à la dictature militaire qui favorisait exclusivement l'élite politique et économique par l'expansion de services de santé privés. Beaucoup de professionnels de la santé, insatisfaits de ces pratiques mercantiles et discriminatoires, se sont engagés dans le processus d'éducation populaire initié par Paulo Freire, qui invitait au dialogue entre milieu populaire et milieu académique. *« L'éducation populaire ne vise pas à élever des sujets subalternes bien éduqués (...) elle vise à participer de l'effort que font déjà toutes les catégories de sujets subalternes pour l'organisation du travail politique qui, pas à pas, ouvre le chemin à la conquête de leur liberté et de leurs droits. L'éducation populaire est un moyen de participation des agents érudits (professeurs, prêtres, scientifiques, professionnels de la santé et autres) dans ce travail politique. »*³

En utilisant le vocabulaire du secteur de la santé, on peut ainsi paraphraser cette citation sur l'éducation populaire : l'éducation populaire en santé est la participation des érudits aux efforts de lutte pour la santé déjà initiés par les citoyens. Le professionnel de la santé qui pratique l'éducation populaire subordonne son acte pédagogique aux actes quotidiens de ses patients pour lutter contre la maladie. Ce faisant, il souligne leur effort, aussi minime et peu approprié soit-il. L'action menée dans la favela de João Pessoa s'inscrit dans ce courant centré sur la reconnaissance et la valorisa-

tion du potentiel humain pour la créativité et la liberté – ce potentiel (planétaire) ô combien puissant, même en situation d’oppression !

L’équipe qui travaille au Centre de santé de João Pessoa est composée de médecins généralistes et spécialistes, de dentistes, d’infirmiers et de psychologues. Une fois par semaine, des étudiants de ces diverses disciplines se portent volontaires pour accompagner les soignants dans les familles. Comme tous les centres de santé, celui de João Pessoa est caractérisé par une carence en ressources humaines qualifiées et en ressources matérielles élémentaires, mais a le mérite d’être profondément et durablement intégré à la dynamique sociale locale. Facilement accessible, il conjugue les actions éducatives, préventives et curatives. L’équipe du Centre accompagne les familles à risque et les encourage dans leurs efforts. Elle soutient aussi les réseaux de solidarité sociale existants et se remet régulièrement en question par un retour réflexif sur ses pratiques.

L’accompagnement différencié...

...espace de dialogue pour construire le savoir

En éducation populaire à la santé, ce n’est pas un patient qui consulte un représentant de la science, c’est un homme instruit et humble qui consulte la famille du malade pour ensemble construire un savoir nul part écrit dans les références les plus scientifiques. Selon Eymard, en pédiatrie par exemple, le problème de la diarrhée infantile est bien connoté en relation à la pauvreté, à la précarité des conditions sanitaires dans lesquelles vivent les classes les plus populaires et à la faible qualité de l’éducation

scolaire des parents. Cependant, l’enseignement de la pédiatrie préconise toujours et presque exclusivement des solutions de réhydratation, d’antibiotiques et d’habitudes alimentaires. Pour illustrer ses dires, il me raconte le cas de la mort d’un enfant après de nombreux épisodes de diarrhée et malgré la prise de médicaments. Ce cas était survenu dans une famille très pauvre, dont le père était malade et la mère absente pour son travail. L’alimentation basique de l’enfant était le lait au biberon. Le lait était préparé le matin et laissé dans une casserole. Après chaque tétée, le restant du lait du biberon (contaminé par la salive du bébé et le contact avec les mouches et les mains) était mélangé avec le lait de la casserole. Il n’y avait pas de réfrigérateur. Ainsi l’enfant absorbait fréquemment une concentration élevée de bactéries pathogènes. Il aurait pu être sauvé si ces aspects avaient été découverts à temps lors de visites à domicile. La conduite thérapeutique ‘médicalement correcte’ de la pédiatre, dictée par les manuels les plus actualisés, n’avait pas pris en compte ces aspects.

Face à la complexité et à l’hétérogénéité des situations vécues par les classes populaires, le savoir académique se révèle insuffisant. La connaissance du mécanisme d’infections répétées de cet enfant, des conditions environnementales de son lieu de vie et de son voisinage, de la manière dont la famille prenait soin de sa santé, de la répartition des tâches ménagères... est ce que l’on peut appeler le savoir intermédiaire entre les analyses générales des sciences sociales et le savoir technique médical sur la diarrhée.

C’est dans cette optique que l’équipe du Centre de santé s’invite par groupes de deux intervenants dans les familles. Au Brésil,



le dialogue s'amorce facilement et souvent avec humour, mais il s'agit aussi de créer une relation de confiance, une complicité suffisamment forte pour aborder des aspects très intimes du quotidien, de l'allaitement à la contraception. Il faut au praticien comme au patient une bonne dose d'humilité pour accepter, l'un de ne pouvoir tout changer par des prescriptions, l'autre de recevoir de l'aide. L'éducation populaire est une véritable *stratégie d'influence qui guérit*⁴ : par le dialogue, le professionnel distille son savoir d'expert scientifique, le patient formalise son savoir comme expert de sa propre souffrance et, ensemble, ils luttent contre la maladie, mais aussi contre l'exclusion.

...acte transformateur de la profession

La favela surprend toujours parce que la misère a tant de formes différentes ! A peine s'habitue-t-on à telle situation qu'une autre se révèle. L'équipe témoigne : « *Quand nous partons en visite, nous sommes toujours joyeux et bavards. Quand nous revenons, nous*

restons silencieux et les yeux baissés. Lors des visites, tout à coup on se retrouve dans des endroits qui paraissent étranges, qui nous paraissent ne pas faire partie de la favela que nous connaissons. Chaque famille nous surprend pour des motifs différents. Tantôt c'est le conflit, tantôt l'alcoolisme ou le manque de ressources, la saleté, le nombre d'enfants serrés dans une même pièce si petite, les regards agressifs, le désordre, la violence, l'absence de perspective future, la douleur... ».

Parfois les visites ne suscitent pas tristesse et compassion mais colère et indignation devant ce qui paraît incohérence ou gaspillage : la présence fréquente de la télévision dans des maisons où l'on dort sur des matelas immondes et où il n'y a pas de salle de bain, la présence de jeunes apparemment oisifs et peu préoccupés par leur évolution professionnelle et culturelle, l'absence de révolte malgré la situation de précarité, le manque d'intérêt à participer à des activités associatives et politiques, un certain confor-

misme, la résistance à mettre en pratique les conseils de professionnels... qui perdent alors patience : « *Ces gens-là ne méritent pas mes efforts* ». Ce type d'analyse est souvent teinté de jugement moral.

Pourtant, la télévision, le jeu, la décontraction, l'oisiveté, ne sont pas seulement des moyens d'échapper à la réalité, mais sont aussi l'indication d'une détermination à savourer la vie, même sans perspective d'un futur meilleur. Ce qui, pour le professionnel, est faute d'initiative et apathie, peut être l'évaluation rigoureuse des limites des solutions proposées par les intervenants extérieurs qui jugent sans connaître.

La favela fait grandir l'équipe médicale en savoirs : elle oblige la construction de connaissances et de pratiques médiatrices entre l'approche réduite au biologique et l'approche plus abstraite des sciences sociales. Elle fait aussi grandir en sagesse car, pour surmonter son sentiment d'incapacité face à la complexité de la vie dans la favela, l'équipe a adopté la philosophie traduite par l'expression populaire brésilienne « *la bouillie chaude se prend par les bords* » (« *mingau quente se toma pelas beiradas* ») qui signifie qu'à force d'influer systématiquement et durablement sur les manifestations périphériques d'un problème, on finit par en toucher les dimensions plus centrales. Ce faisant, on n'élimine pas la souffrance mais on peut contribuer à en modifier la forme et le poids.

Chez nous aussi...

La favela de João Pessoa est bien loin de l'autre côté de l'océan, mais il me semble en voir des copies partout. Ce n'est pas juste une affaire brésilienne qui est ici traitée. Il me suffit de lever les yeux de mon carnet de

voyages pour revivre les émotions faveladas et rencontrer la misère, moins ensoleillée mais aussi présente dans nos rues. « *Un accompagnement différencié ne devrait pas être une stratégie sanitaire réservée aux régions les plus démunies mais une professionnalisation nécessaire face aux situations d'exclusion sociale si fortement présentes jusque dans les régions les plus industrialisées et modernes de notre société capitaliste* », suggérait Eymard.

Une éducation populaire à la santé chez nous et partout ailleurs : et pourquoi pas ?

Par l'accompagnement différencié, l'éducation populaire se fonde sur l'empathie et l'ouverture culturelle, tout comme l'ethnopsychiatrie. Là aussi, il s'agit pour le professionnel de se remettre en question et d'articuler ses savoirs scientifiques aux savoirs – que nous avons tendance à considérer comme irrationnels – des patients venus d'autres horizons culturels. « *Il existe d'autres pensées que la nôtre, d'autres façons de faire pour prendre en charge les douleurs de l'existence* », dit Tobie Nathan⁵.

Je vois chez Tobie Nathan et chez Eymard Mourão Vasconcelos la même volonté de se décentrer – de quitter, l'un son ethnocentrisme, l'autre son égocentrisme – pour rencontrer l'autre et aller au-delà de la tolérance, avec sans cesse cette question aux tripes : « *Comment, sans renier mes racines, ma tradition et ce que cette tradition a baptisé rationalité, travailler à ce que mes mots ne fassent pas insulte à ceux qui ont d'autres racines. Et il ne suffit pas ici d'essayer de respecter les croyances des autres, il faut essayer de devenir digne de leur respect. (...)* Nous qui nous enorgueillissons si

facilement d'être tolérants, aspirons-nous à la position d'être à notre tour tolérés ? »⁶

En thérapie comme en éducation populaire, à la santé ou non, à la favela ou en d'autres lieux, il s'agit « *d'écouter l'autre dans ses doutes, ses appréhensions, son incompetence provisoire. Et en l'écoutant, j'apprends à parler avec lui* », dit Paulo Freire⁷.

Parler avec l'autre, voilà une attitude à adopter au quotidien, car l'ouverture culturelle peut s'appliquer au-delà des frontières instituées, au-delà aussi des frontières que nous dressons nous-mêmes. Bien plus qu'une démarche thérapeutique et pédagogique, l'éducation populaire relève d'une démarche citoyenne.

Interrogée par la radio publique belge sur la faiblesse de son pouvoir d'achat, une mère de famille s'insurgeait : « *C'est difficile de nourrir ses enfants ! Je veux qu'ils aient une collation saine pour aller à l'école. Mais si j'achète un petit jus bon marché, c'est de la saloperie ! L'alimentation de qualité est hors de prix...* ».

Constater, dénoncer ce qui a été constaté et annoncer son renversement sont les trois piliers de la démarche chère à Paulo Freire. Dire c'est bien, agir c'est mieux. En tant que consommateur, de petits jus et autres, nous avons un certain pouvoir. Une éco-consommation, responsable et équitable, pourrait influencer favorablement et durablement sur les conditions de travail des producteurs, l'environnement et par conséquent, notre santé et notre bien-être à tous. « *Ce n'est pas l'habitant de favela qui doit être honteux de sa condition mais bien celui qui, vivant bien et facilement, ne fait rien pour changer la réalité qui cause la favela.* »⁸

Pour contribuer à changer la réalité qui cause la favela, il faut oser regarder cette réalité et la reconnaître dans ses nombreuses expressions, et d'abord autour de nous. Sans nécessairement être professionnel du secteur médical et sans aller au Brésil, je pense que chacun peut être acteur dans l'éducation à la santé.

Isabelle PIERDOMENICO

1. ***Ética, política e educação***, Recife, 2003. J'y présentais un aspect de mon travail d'institutrice primaire. Voir l'article : **Le cercle, expérience de liberté**, in *Journal de l'alpha*, n°163, avril 2008, pp. 48-52.

2. Eymard MOURÃO VASCONCELOS, ***Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas*** (L'éducation populaire comme instrument de réorientation des stratégies de contrôle des maladies infectieuses et parasitaires), *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, Rio de Janeiro, 1998.

3. Carlos Rodrigues BRANDÃO, ***Lutar com a palavra***, Graal, Rio de Janeiro, 1982.

4. L'expression est empruntée à Tobie Nathan qui, dans son livre ainsi intitulé, montre comment l'ethnopsychiatrie peut aider les patients immigrés en conciliant rigueur scientifique et inspiration de médecines traditionnelles : Tobie NATHAN, ***L'influence qui guérit***, Editions Odile Jacob, 1994.

5. Tobie NATHAN, ***Nous ne sommes pas seuls au monde. Les enjeux de l'ethnopsychiatrie***, Editions Les Empêcheurs de penser en rond, 2001 (publié également dans *Points Essais* en 2007).

6. Isabelle STENGERS, ***Résister ? un devoir !***, Politis, n° 579, 16/12/99, pp. 34-35. Cet article est accessible en ligne à la page : www.recalcitrance.com/stengers.htm.

7. Paulo FREIRE, ***Pedagogia da autonomia : saberes necessários à prática educativa***, (Pédagogie de l'autonomie : savoirs nécessaires à la pratique éducative), São Paulo, Paz e Terra, 1996, p. 119.

8. Paulo FREIRE, ***Pedagogia da indignação : cartas pedagógicas e outros escritos***, (Pédagogie de l'indignation : lettres pédagogiques et autres écrits), UNESP Editions, 2000, p. 83 (œuvre posthume de Paulo Freire).

La politique de santé arrive-t-elle à réduire les inégalités de santé ?

Diverses études récentes mettent en évidence les inégalités sociales de santé. En Belgique, celles-ci persistent malgré une série de mesures mises en place suite au 'Rapport général sur la pauvreté'. Ces mesures (BIM, MAF, Omnio) sont destinées à limiter les obstacles financiers à l'accès aux soins. Ces systèmes sont cependant insuffisants pour combattre les inégalités sociales de santé pour plusieurs raisons analysées ici : les aspects financiers ne sont pas les seuls obstacles à l'accès aux soins des personnes vivant dans la pauvreté, les conditions socio-économiques et le style de vie constituent un déterminant plus important. L'analyse aborde aussi la question de la santé des sans-papiers particulièrement préoccupante du point de vue du respect des droits humains fondamentaux.

La Fondation Roi Baudouin, avant les élections législatives de juin 2007, a jeté un pavé dans la mare en dénonçant publiquement les inégalités de santé persistantes, importantes, malgré un système de santé que l'on dit un des meilleurs au monde. La Fondation cite des chiffres interpellants¹.

En Belgique, un citoyen de faible niveau d'études meurt trois à cinq ans plus tôt qu'un diplômé du supérieur. Mais de plus, ce citoyen faiblement instruit doit s'attendre à vivre en bonne santé entre 18 et 25 ans de moins que celui qui a eu la chance de suivre une formation supérieure.

La Fondation cite des maladies comme le cancer du poumon ou la cirrhose du foie, bien plus fréquentes dans les populations démunies. C'est aussi le cas de la mortalité infantile. La prématurité est presque deux fois plus fréquente si les deux parents sont

chômeurs. La santé se répartit donc inégalement, inéquitablement. Cette répartition se fait systématiquement au désavantage des couches sociales les plus basses, elle suit celle de l'argent, de l'éducation, du statut social, couche par couche, classe par classe. La pyramide de la santé se révèle être une



La consultation, Hélène de Crécy, 2006



La consultation, Hélène de Crécy, 2006

copie conforme de la pyramide des inégalités au sein de la société.

De plus, il apparaît que la Belgique fait moins bien que nombre d'autres états en matière de lutte contre les inégalités de santé. Et la Fondation conclut en appelant les pouvoirs politiques et la société civile à placer la lutte contre les inégalités de santé en priorité sur leur agenda.

Ce constat, déjà connu depuis longtemps, amène à se poser la question : qu'a-t-on fait pour en arriver là ?

Le système des soins de santé

Le système de santé en Belgique est complexe parce qu'il résulte d'évolutions historiques qui n'ont pas toujours été très cohérentes entre elles.

Le Rapport général sur la pauvreté (RGP)

Pour nous, 1994-1995 marque un tournant. C'est l'époque du RGP² qui dénonce les inégalités sociales de santé mais dénonce aussi la complexité du système assurance maladie et prône un droit à une couverture maladie généralisée.

Les politiques entendront cette revendication et organiseront une couverture maladie généralisée pour les résidents légaux. C'est un fameux progrès lorsqu'on sait que dans certains CPAS à l'époque, vu la complexité des choses, certains travailleurs sociaux œuvraient à plein temps et se débattaient dans le maquis réglementaire, administratif et légal pour, au cas par cas, arriver à procurer une couverture maladie à ceux qui n'en avaient jamais eue ou l'avaient perdue. On estime que plus de 100.000 personnes ont ainsi pu être à nouveau couvertes par la mutuelle.

Le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM)

De plus, dans la foulée, une amélioration de l'accès aux soins est organisée via le statut BIM. Le système prévoit que certaines catégories de personnes bénéficient de tickets modérateurs moins élevés, le ticket modérateur étant la partie financièrement à charge du patient. Ce système BIM élargit le statut VIPO (veuf, pensionné, invalide, orphelin) en vigueur jusque-là.

Le maximum à facturer (MAF)

Instauré en 2002, il vise à protéger les ménages de coûts de soins de santé élevés et remplace les franchises sociale et fiscale imaginées dans les années antérieures mais qui n'avaient pas atteint leur objectif. En gros, le MAF fonctionne comme un compteur totalisateur. En clair, on considère qu'un ménage qui atteint au cours d'une année civile un certain montant de tickets modérateurs, verra ses tickets modérateurs remboursés à 100% des tarifs légaux au-delà de ce plafond (remboursement a posteriori). Au début, les

frais pharmaceutiques n'étaient pas compris dans le décompte, ils le sont aujourd'hui.

Il existe deux types de MAF :

1. le MAF revenus

Ce dispositif prévoit des tranches de revenus auxquelles correspondent des plafonds de tickets modérateurs au-delà desquels le remboursement s'effectue à 100%. Un exemple : un ménage ayant des revenus nets annuels compris entre 0 et 15.420,19 euros aura un plafond de 450 euros pour les tickets modérateurs. Au-delà, ils lui seront remboursés par la mutuelle.³

2. le MAF social

Il complète le MAF revenus et vise à mieux protéger des personnes 'fragiles'. Les conditions d'application sont :

- le ménage doit avoir supporté effectivement 450 euros de tickets modérateurs ;
- le ménage doit compter parmi ses membres au moins un bénéficiaire de l'intervention majorée suivant :
 - > pensionné, veuf, invalide, orphelin
 - > chômeur de plus de 50 ans en chômage complet depuis plus d'un an
 - > bénéficiaire du RIS (revenu d'intégration sociale)
 - > bénéficiaire du GRAPA (garantie de revenus aux personnes âgées)
 - > bénéficiaire d'une allocation de handicapé.

Ce système du MAF protège à coup sûr des personnes et des familles de frais médicaux insupportables pour elles. Mais la correction arrive tard, des mois, voire des années plus tard, et ne couvre qu'une partie limitée des frais effectivement déboursés par les familles. Il a l'avantage d'être administrativement simple pour le patient puisque ce sont les mutualités qui totalisent les frais et qui

remboursent automatiquement aux patients (ou aux CPAS qui ont fait l'avance).

La loi sur les droits du patient

Cette année verra le sixième anniversaire de la loi sur les droits du patient (22/08/2002 - MB 26/09/2002). Tout d'abord, il convient de relever que cette loi présuppose un accès effectif aux soins, ce qui n'est pas le cas pour tous, comme nous le verrons plus loin.

Dans son chapitre III, la loi insiste sur la qualité des soins, le respect de la dignité humaine, de l'autonomie de la personne :

- l'article 6 insiste sur le libre choix des prestataires de soins ;
- l'article 7 prescrit que le patient doit être informé afin de comprendre son état de santé et l'évolution de celui-ci ;
- l'article 8 dit le droit du patient à consentir librement aux soins après information détaillée sur les objectifs, la nature, le degré d'urgence, la durée, la fréquence, les contre-indications, les effets secondaires et risques de ces soins, les répercussions financières,... ;
- l'article 9 traite du dossier médical, du droit qu'a le patient de le consulter ;
- l'article 10 souligne le droit à la protection de la vie privée, de l'intimité du patient ;
- l'article 11 parle des recours possibles du patient qui estime que ses droits n'ont pas été respectés.

Presque six ans se sont écoulés. Nous n'avons pas connaissance d'une évaluation de la commission fédérale droits du patient dont il est fait mention dans le chapitre V de la loi. La réalité vécue au quotidien par les personnes pauvres montre que cette loi⁴

dont les motivations sont certes nobles n'est pas vraiment d'application. Chacun sait qu'il y a dans notre pays, une médecine duale et que la qualité des soins dispensés ici ou là peut beaucoup varier. La capacité contributive financière reste encore trop souvent la clé d'accès à des soins de qualité.

Vu l'accroissement de la pauvreté, de plus en plus de personnes se tournent vers le CPAS pour solliciter une aide afin d'accéder aux soins nécessaires. C'est une mission des CPAS inscrite dans la loi organique du 08/07/1976. La loi très judicieusement prévoit que le CPAS veillera à affilier le demandeur à un organisme assureur (mutualité) de son choix. Il convient de noter que les CPAS ont en matière de santé une mission préventive et curative (art. 57 §1). Ceci confirme de facto que des soins nécessaires ne sont pas accessibles à tous sans l'aide du CPAS.

Mais il convient de prendre conscience que cette intervention du CPAS a des effets pervers. Elle limite le choix du patient en terme de prestataires et d'institutions. Le CPAS oblige la personne aidée à s'adresser à des prestataires et institutions avec lesquels des conventions ont été signées. Ces prestataires et institutions ne sont pas sélectionnés sur des critères de qualité mais sur base de conventions tarifaires. Le patient aidé par le CPAS accède aux soins via un réquisitoire délivré par le CPAS. Outre l'accroissement des démarches administratives que le patient doit effectuer, il y a là une forme de stigmatisation.

Enfin, se pose la question de l'information du patient. Il apparaît que plus le fossé culturel entre patient et prestataires est grand, moins les informations sont diffusées. Ceci est un réel problème dont les hôpitaux



La consultation, Hélène de Crécy, 2006

prennent petit à petit conscience. Il reste un travail important à réaliser dans ce domaine. Beaucoup de patients démunis sont illettrés, ce qui hypothèque le droit d'accès à leur dossier, de même que la possibilité pour eux d'introduire des recours s'ils estiment que leurs droits n'ont pas été respectés.

Le statut Omnio

Cette mesure relativement récente (01/07/2007) prévoit d'élargir le statut BIM à un plus grand nombre de bénéficiaires en fonction d'un critère de revenus et non plus de statut.⁵ On peut s'étonner que ce soit le patient qui doit faire la demande en vue de l'obtention de ce statut. Ici aussi, la faible instruction, l'illettrisme risquent de faire perdre à des personnes des facilités auxquelles elles ont droit. Il semble que fin 2007, 11,2% seulement des ayants droit aient effectué les démarches pour obtenir ce droit.

Mais la santé dans tout cela ?

Jusqu'ici, nous avons beaucoup parlé d'accès aux soins de santé, des mesures prises dans ce sens, mais il n'y a pas, on le sait à pré-



La consultation, Hélène de Crécy, 2006

sent, que l'accès aux soins qui soit déterminant pour l'état de santé d'une population.

Une étude suisse récente menée par le professeur François van der Linde⁶ montre que l'état de santé est d etermin e en ordre décroissant d'importance par :

- les conditions socio-économiques et le style de vie (culture, formation, alimentation, emploi, revenus,...) : 40-50%
- les prédispositions génétiques : 20-30%
- l'environnement et l'écosystème (conditions d'habitat) : 20%
- le système des soins de santé : 10-15%.

Ce qui précède  clairc la réflexion sur les inégalités sociales de santé. Il appar ait que des mesures visant à ameliorer l'accès aux soins ne pourront à elles seules constituer une réponse aux inégalités sociales de santé. Certains même parlent de 'cachemis ere'. La prévention peut jouer un rôle important mais encore faut-il s'interroger sur la pertinence de cette prévention.

Ainsi, aux Etats-Unis, Adam Drewnowski, professeur à l' cole de Santé publique de Seattle, fait le constat suivant : en 20 ans, le prix des fruits et légumes a augment e de 140%. Dans le même temps celui du sucre

et des graisses n'a augment e que de 20 à 30%.⁷ On comprend donc facilement que ce sont les plus ais es financ erement qui peuvent suivre les conseils diététiques favorables. Les pauvres quant à eux mangent plus gras et plus sucr e parce qu'ils n'ont pas d'autre choix économique mais aussi peut-être parce qu'ils sont moins informés.

Il appar ait donc de plus en plus clairement qu'en termes de prévention, c'est la prévention primaire qui vise à ameliorer les conditions de vie (habitat, alimentation, instruction,...) des personnes concernées qui est la plus utile.

L'Enquête belge de Santé publique de 2004⁸ confirme de fortes inégalités sociales de santé.

L'accès aux soins reste coûteux, le coût augmente avec l'âge et constitue une part plus importante du budget si les revenus sont faibles.

Près de 30% de la population a des difficultés à faire face aux dépenses de santé.

Environ 10% de la population a dû différer des soins. Il existe à ce propos des différences régionales majeures : 5% en Flandre, 16% en Wallonie et 18% à Bruxelles.

Le statut socio-économique reste un facteur déterminant de l'état de santé. L'information des couches aisées est meilleure (sida, maladies sexuellement transmissibles, tuberculose,...). La consommation de soins est plus 'basique' dans les classes défavorisées, les pathologies y sont plus lourdes et de plus longue durée. On s'aperçoit que les publics d efavoris es sont moins sensibles aux messages de prévention (vaccination, mammothest, dépistage du cancer,...).

Les groupes d efavoris es ont un entourage social plus restreint, un soutien social plus

faible, des contacts sociaux moins satisfaisants, des conditions de vie plus difficiles.

Les sans-papiers et la santé

Le nombre des sans-papiers vivant sur le territoire belge est par définition inconnu mais on l'estime à plus de 100.000 personnes. Se posent à eux de multiples problèmes de santé. Si l'on reprend l'étude suisse déjà mentionnée, on s'aperçoit vite que la population concernée a des risques majeurs de mauvaise santé physique et mentale.

Ces personnes vivent avec des revenus très bas et aléatoires, générés par des petits boulots, du travail au noir. Elle vivent un stress permanent (contrôles de police, risque d'expulsion,...). L'habitat occupé est souvent médiocre quand il n'est pas carrément insalubre, dangereux et surpeuplé. L'accès aux soins est difficile.

Une récente étude européenne, publiée par Médecins du Monde⁹, traite de cet accès aux soins. Un clandestin sur sept dans notre pays ne bénéficie d'aucun soin médical. Plus de 60% des illégaux ne sont pas au courant de leur droit à l'AMU (Aide médicale d'urgence). L'étude montre que plus de 14% des demandeurs de soins sont éconduits et ceci dans un pays prospère, au centre de l'Europe, qui se pose en défenseur des droits de l'homme dans le monde.

Comment en arrive-t-on là ? Une des raisons est la complexité du système. Le malade doit d'abord se rendre chez un médecin de son choix qui l'examine et lui délivre un certificat attestant la nécessité de soins dans le cadre de l'AMU. C'est ici que tout se complique. Muni de ce papier, le malade doit se rendre au CPAS de la commune où il réside. Ceci

provoque chez lui une grande inquiétude et beaucoup hésitent à franchir le pas. Une fois la demande introduite au CPAS, commence un délai (souvent plus d'un mois) au terme duquel le malade se voit signifier la décision du CPAS. Le délai peut bien sûr être très préjudiciable pour la santé du patient.

Chaque CPAS (un par commune) détermine son propre mode d'action. Certains en font un minimum. D'autres, au contraire, tentent de répondre avec humanité et efficacité à ces demandes. Les différences entre CPAS sont à ce point importantes que des personnes sans-papiers sont amenées à déménager, à changer de commune, pour pouvoir bénéficier des soins nécessaires.

Par ailleurs, chacun reconnaît un dysfonctionnement actuel de notre système de santé. C'est l'engorgement des salles d'urgence. Il serait intéressant d'étudier dans quelle mesure les sans-papiers privés de tout autre accès aux soins, recourent aux salles d'urgence.

L'arrêté royal précise que l'AMU peut couvrir des soins curatifs et préventifs. Par exemple, une vaccination, un suivi de grossesse peuvent très bien entrer dans le cadre de l'AMU, mais ce n'est pas l'avis de tous. Certains ont une interprétation très restrictive de la loi.

Tout ceci contribue dans les faits à un mauvais accès aux soins, à une aggravation des pathologies, à une dégradation de l'état de santé de personnes déjà fragilisées par des conditions de vie très pénibles.

A cela, il faut ajouter que cette difficulté d'accès aux soins est une aberration en terme épidémiologique. Elle retarde le diagnostic de maladies contagieuses et favorise leur dispersion. Elle contribue à appauvrir un peu plus une population qui vit déjà

dans une grande pauvreté. On ne saurait assez souligner la nécessité d'organiser de manière structurelle l'accès aux soins médicaux pour les sans-papiers. Ceci nécessite des mesures spécifiques dont l'efficacité doit être évaluée. L'accès bien organisé à la première ligne permettrait d'éviter des parcours de santé erratiques, inefficaces et coûteux pour la collectivité.

Conclusion

Après le Rapport Général sur la Pauvreté, il y a eu effectivement une amélioration significative dans l'accès aux soins pour les personnes résidant légalement en Belgique. S'il s'agit d'un progrès indéniable, on constate cependant que cela ne suffit pas. Cette analyse a montré qu'en matière de santé l'accès aux soins ne constitue qu'un facteur parmi d'autres qui, finalement, sont plus importants. Lutter contre les inégalités sociales de santé exige des mesures politiques qui prennent en compte les différents aspects de la vie et tous les déterminants de la santé.

La situation des personnes sans-papiers pose des questions spécifiques. Il nous paraissait impossible de ne pas en parler, tant ce que vivent aujourd'hui dans notre pays des personnes en situation irrégulière est inacceptable au regard des droits fondamentaux et de la dignité humaine.

Pierre HENDRICK
ATD Quart Monde

1. *Fondation Roi Baudouin, **Inégalités en santé. Recommandations politiques. Réduire les inégalités entre les groupes sociaux sur le plan de la santé ?**, 2007. A télécharger ou à commander en ligne sur le site de la FRB : www.kbs-frb.be (> Publications > Toutes les publications > I > Page 15).*

2. *Fondation Roi Baudouin (en collaboration avec ATD Quart Monde et l'Union des Villes et Communes belges - section CPAS), **Rapport général sur la pauvreté**, 1994. Egalement téléchargeable sur le site de la FRB (> Publications > Toutes les publications > R).*

3. *Les différents montants en fonction des revenus et d'autres informations utiles concernant le MAF se trouvent sur le site de l'INAMI : www.inami.fgov.be (> Assurés sociaux > Frais médicaux > Maximum à facturer).*

4. *Pour en savoir plus sur la loi sur les droits du patient : <http://portal.health.fgov.be> (> Ma santé > Droits du patient et médiation interculturelle > Droits du patient > La loi relative aux droits du patient).*

5. *Pour plus d'informations sur le statut Omnio, voir le site de l'INAMI : www.inami.be (> Assurés sociaux > Frais médicaux > Omnio).*

6. *Voir : **Programmes de prévention et synergies**, in *Spectra* (publication de l'Office fédéral suisse de la Santé publique), n°58, août 2006. Téléchargeable sur le site : www.bag.admin.ch (> Documentation > Publications > Spectra > 2006 > Spectra n°58).*

7. *Voir: Fabien GRUHIER, **Les pauvres mangent trop riche**, in *Le Nouvel Observateur*, n°2139, 3 novembre 2005 (accessible en ligne en faisant une recherche à partir de la page : <http://recherche.nouvelobs.com>).*

8. *Voir : www.iph.fgov.be/EPIDEMIO (> Enquête de santé par interview > Autres rapports disponibles sur le site > 24/01/2006 - Enquête de Santé par Interview 2004 – Synthèse ou Rapport complet).*

9. *Observatoire Européen de l'Accès aux Soins des Médecins du Monde, **Enquête européenne sur l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière**, septembre 2007. Téléchargeable sur le site : www.medecinsdumonde.org (> Publications > Les rapports).*

Texte publié sous le titre **Santé et pauvreté** le 17 décembre 2007 sur le site d'ATD Quart Monde : www.atd-quartmonde.be (> Analyses et études > Connaissance et engagement). A télécharger ou commander en ligne.

La santé, la maladie, c'est toute une vie

Pendant six mois, deux chercheurs sont partis à l'écoute des patients de la Maison médicale Norman Béthune située dans un quartier populaire à Molenbeek. Interviews courtes et discussions collectives dans la salle d'attente au début, rencontres individuelles plus longues par la suite, ils ont retranscrit littéralement une centaine de pages de paroles sur le temps d'attente avant la consultation, le temps dans la relation au médecin, le temps dans la maladie et la santé, la distance entre le temps des médecins et celui des patients, les différences de ressenti du temps en fonction des cultures... Puis ils les ont analysées selon une méthode inductive qui laissait toute la place à leurs interlocuteurs.

Le champ d'investigation était une mer immense dont l'intérêt était qu'il était non maîtrisable et infini, tout en étant par ailleurs un peu angoissant... Et captivant ce le fut ! Pour ce qui est des affres de se retrouver avec la largeur et l'épaisseur du temps comme sujet d'interview, en fait, il n'y avait pas de quoi s'affoler : les patients savaient, eux, ce qu'ils avaient à dire et, comme il était impossible d'être directifs, ils ne se sont pas privés. Ils ont débordé toutes nos questions et certains ne se sont jetés dans leur récit que quand on leur a demandé : « Avez-vous quelque chose à ajouter ? ».

Leur donner la parole et valoriser celle-ci, c'était comme une décision de chercher, dans une quantité de choses très simples, très quotidiennes, parfois si petites qu'on les raterait si facilement, la grandeur du savoir humain dans un quartier que beaucoup ne considèrent plus comme tout à

fait humain. La grandeur de la dignité, de cette volonté inépuisable de rester debout dans la souffrance, la maladie, la misère. La grandeur de ces femmes et ces hommes qui ignorent trop souvent que leur parole devrait peser plus lourd dans notre société.

Pour vous livrer ce fragment de tableau, notre travail s'est plus apparenté à celui du chercheur d'or, assorti des traces de terre, des kilos de poussière et de sueur qui le caractérisent. Ce fut un plongeon dans les mots des autres, une immersion, parfois un prélassement, souvent un corps à corps, et peut-être surtout une bataille pour faire taire nos propres mots. On n'arrive jamais au bout de cette bataille, c'est vrai, mais les voix des patients étaient très fortes et leur bruit a couvert pas mal de nos certitudes.

En lisant et relisant les récits des patients de la Maison médicale, on arrive chaque fois à l'évidence suivante : chaque personne a

sa façon tout à fait particulière de sentir et de vivre sa maladie et sa santé, indissolublement liée à son vécu, à chaque étape de sa vie, chaque rencontre, chaque moment ou évènement qu'il a construit ou subi dans son trajet médical, comme dans tous les autres domaines de sa vie. Quand on parle de la maladie et de la santé, on doit parler de tout. De tout, oui, mais de tout 'de soi'. La manière dont chacun raconte son histoire de santé est toujours personnelle et prend à chaque fois des couleurs et des directions différentes et inattendues.

Santé et maladie, des notions toutes relatives

La frontière que nous établissons habituellement entre santé et maladie est souvent arbitraire. Pour nombre des personnes entendues, cette distinction n'existe pas réellement ou, en tous cas, n'opère pas selon des délimitations nettes. « *A part ma maladie, je suis en bonne santé.* » « *On peut être malade et se sentir en bonne santé.* » « *Quand je vois des gens beaucoup plus malades que moi, je me dis : 'Dieu merci, je n'ai que ça.' Je ne me vois plus comme malade. D'un autre côté, quand je vois quelqu'un en bonne santé, je me dis : 'Pourquoi moi ?'* »

D'autres avis montrent une découpe beaucoup plus précise. « *Etre en bonne santé, c'est ne pas avoir ce que j'ai.* » « *C'est quand on est malade qu'on sait ce que c'est d'être en bonne santé.* » « *Avec la maladie, il y a trois choses : on guérit, on reste malade, on meurt.* »

Dans le fleuve des propos recueillis, nous avons pu comprendre de manière plus précise ce que signifie pour les patients vivre



Statue de Norman Bethune à Shijiazhuang, Chine

ou ne pas vivre en bonne santé, être ou ne pas être malade...

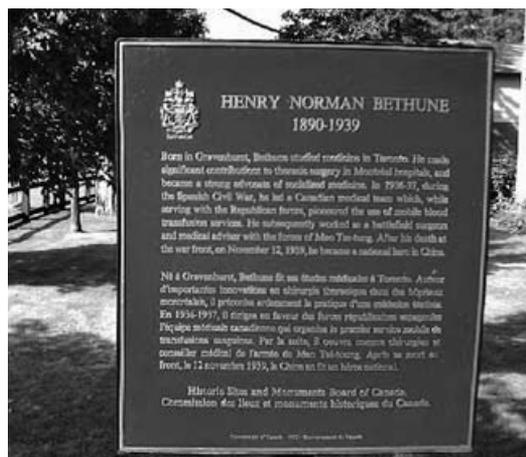
Etre malade, c'est être limité

La première définition de la maladie par les patients, est celle d'un état qui limite la vie, l'activité, qui empêche de travailler ou de faire ce qu'on a envie. Elle empêche de profiter et diminue la liberté ou le sentiment de liberté. Cette limitation de l'agir est parfois directement liée à un mal précis (tu as de la fièvre, tu ne sais pas marcher, tu as trop mal pour faire telle ou telle chose,

tu dois suivre tel régime,...) mais plusieurs parlent d'un mal plus diffus, qu'ils n'appellent pas maladie mais qui les empêche quand même d'être en bonne santé. « *La bonne santé pour moi, c'est se lever le jour, le matin et avoir l'énergie que parfois je n'ai pas. C'est se lever le matin, avoir envie de bien manger et de bien me laver, d'être énergique et d'attaquer la journée.* » L'énergie, c'est le moteur, et souvent les patients ne savent pas pourquoi ce moteur ne tourne pas comme il faut !

Deux autres définitions d'un état de bonne santé émergent des interviews. L'une, c'est de ne pas devoir prendre de médicaments, parce que le corps, ou la tête, n'ont pas besoin d'aide externe, ils se débrouillent seuls. Devoir prendre des médicaments, c'est une corvée, quelque chose qui vous emprisonne en quelque sorte, même si, d'un autre côté, ces médicaments soulagent. Et si on ne suit pas toujours les indications du médecin, ce n'est pas parce qu'on n'y croit pas, c'est parce qu'on n'a pas envie de se sentir malade.

Un médecin de la Maison médicale nous dit percevoir cette réticence chez les malades : « *Si j'applique le tiers-payant sans ticket modérateur, se soigner peut être totalement gratuit pour eux. Mais ça va leur coûter en acceptation du fait qu'ils sont malades, et ça va leur coûter en contraintes : prendre ses médicaments, les prendre au Maroc, par exemple, prévoir une provision quand on part... Il y en a qui n'entrent pas du tout dans cette logique, avec qui il faut revenir trois, quatre fois sur le sujet... Certains arrivent aux complications avant d'accepter de se soigner. Dans le cas du diabète, c'est plus difficile encore. Cela doit s'accompagner d'un régime. Certains ne peuvent pas se passer de*



Henry Norman Bethune - 1890-1939

Né à Gravenhurst, Bethune fit ses études médicales à Toronto. Auteur d'importantes innovations en chirurgie thoracique dans des hôpitaux montréalais, il préconisa ardemment la pratique d'une médecine étatisée. En 1936-37, il dirigea en faveur des forces républicaines espagnoles l'équipe médicale canadienne qui organisa le premier service mobile de transfusions sanguines. Par la suite, il œuvra comme chirurgien et conseiller médical de l'armée de Mao Tsé-toung. Après sa mort au front, le 12 novembre, 1939, la Chine en fit un héros national.

(Plaque commémorative de la Commission des lieux et monuments historiques du Canada)

leur limonade et n'aiment pas le light, ne reconnaissent pas les bouteilles... C'est une contrainte supplémentaire. »

L'autre définition de la santé, plus rare, est celle d'une absence de souffrance, un état où rien ne fait mal et où rien ne provoque un déséquilibre. « *Un état de bonne santé, je dirais que c'est l'absence de souffrance, qu'elle soit physique, morale, psychique... ou... oui. On peut avoir mal physiquement, on va dire, mal à la tête, mal au ventre, mal au cœur, des choses comme ça. Ça, c'est la souffrance physique, mais ça peut aussi être une souffrance morale. Genre la dépression, ça, c'est quelque chose de malheureusement très fréquent. C'est aussi une autre*



Plaque commémorative en chinois (Gravenhurst, Ontario)

souffrance. Il y a aussi l'angoisse, comment est-ce que je peux dire ça ? On peut savoir qu'on est malade, ne pas souffrir physiquement mais souffrir, oui, psychiquement parce qu'on SAIT qu'on a quelque chose en soi, par exemple (...) un cancer. Au départ, ça peut être juste un simple diagnostic. Le fait que ce soit un simple diagnostic et qu'on ne souffre pas physiquement peut-être directement... ben, déjà ça entraîne toute une série de souffrances morales, d'inquiétudes, d'angoisses. (...) C'est comme ça que je définirais la souffrance. »

Le corps vit avec la tête

Ces derniers propos sont significatifs d'une constante dans les interviews. Nombreuses sont les personnes qui pensent que la maladie a souvent une origine et des implications psychologiques. Cette idée n'est pas seulement fréquente, elle est aussi partagée par les patients les plus diversifiés au niveau de leurs caractéristiques personnelles ou de leurs vécus. Cela confirme que le savoir de ces patients est fort, notamment parce

qu'il s'élabore au cœur de leurs expériences et dans l'interprétation, toujours personifiée, qu'ils font de ces expériences. « *Il y a beaucoup de psychologie dans la santé.* » « *C'est physique. Non, c'est psychique... En fait, c'est les deux à la fois.* » « *Quand ça devient trop long, ça monte à la tête. Tu sais plus si t'es malade dans ton corps ou dans tes idées.* » La limite n'est pas toujours nette entre maux physiques et psychiques, mais le mal-être dans la société, la famille, le travail ou simplement les difficultés de la vie ont été souvent nommés comme cause de la maladie. Ou plutôt, on comprend cette idée à travers les éléments d'histoire qui sont racontés, même si ces causes ne sont pas explicitement citées.

En parallèle, il y a la version positive de l'impact du psychisme sur la santé : « *Eviter tout ce qui risque d'entraîner le stress, tout ce qui est énervement et tout. Entre parenthèses, essayer de garder son calme dans la mesure du possible. Parce que malgré tout, ce sont quand même des sources de ce que j'appellerais des énergies négatives. Qui sont quand même très mauvaises pour la santé (...).* »

Deux sœurs ont aussi longuement parlé de la maladie de leurs parents, qu'elles décrivent comme un système, un positionnement dans la vie, une manière de prendre place dans l'espace social. Elles s'en disent les victimes et cherchent une porte de sortie à la manipulation dont elles sont l'objet. « *Elle est malade et elle utilise sa maladie. L'affectif. Ça fait six mois qu'on a perdu papa. Maman ne veut pas dormir seule. On a fait toute notre vie tout en étant les filles qu'elle voulait puisqu'on allait chez eux et tous les trucs... Et maintenant on s'affirme, et elle ne veut pas qu'on s'affirme. La maladie, c'est*

un cercle vicieux en fait. Nous on l'entretient aussi. Ça je sais qu'on est fautives. On est quatre filles. Enfin, fautives... on a joué un certain jeu. Le jour où on a dit stop, là ça a commencé les grands conflits. C'étaient les maladies, vous ne venez pas assez, tatati. (...) Donc, ils se sont réfugiés dans les médicaments et la maladie. Ils se sont cachés dans ça. Ils n'arrivent pas à accepter leurs enfants tels qu'ils sont. On peut se créer sa propre maladie, ça c'est clair. Mais on peut créer la maladie en l'autre. Parce que l'autre se laisse atteindre. Il se laisse aller aussi. (...) A un certain moment, moi-même j'ai été atteinte dans ma santé par ces conflits. Je l'ai dit au docteur. J'ai dit : 'Je sais que c'est le stress, que c'est les angoisses et tout.' »

Un accueillant de la Maison médicale parle aussi de la maladie comme système, dans certains mondes culturels, un système dans lequel les autres vous cantonnent mais où on s'enferme aussi soi-même. « *La maladie est souvent dans certaines familles, dans d'autres cultures, le seul moyen que les patients ont pour exister. (...) Ces personnes n'arrivent pas à se définir dans la société. (...) Les gens, c'est en eux que ça se passe. Ils n'arrivent plus tellement à exprimer. Il y a tellement de choses. Ils sont déracinés... Déjà le fait d'être étranger, être en dehors de chez soi, ne pas trouver justement sa place dans la société (...).* »

La maladie est inscrite dans le temps de la vie

La maladie semble parfois éternelle. « *Moi, je pense beaucoup, beaucoup, beaucoup à ma maladie. Je me dis : 'Oui, plus tard, comment ça va se passer, est-ce que ça va rester tout au long de ma vie ? Est-ce que je vais*

mourir plus tôt ?' Oui, je me pose beaucoup de questions parce que franchement, j'en ai marre depuis que je suis toute petite. Depuis ma naissance, je suis là, dans une petite boule d'asthme, non respirable. J'aimerais que ça parte et que je puisse enfin vivre tranquillement. »

Et quand on travaille, ce n'est pas toujours évident d'assurer le suivi médical nécessaire. « *Il faut souvent surveiller, toujours faire des examens, donc c'est un peu lourd. A part ça, je suis en bonne santé : ça suffit ! (Rires) Et quand même, c'est difficile, surtout qu'on doit faire des examens. Maintenant que je travaille, c'est assez dur. Cette semaine, je n'ai pas pu travailler parce que j'étais malade, mais quand il faut toujours prendre des coupures et tout ça, le patron il dit : 'Et oh, écoute, ton travail, qui va le faire après ?' Si chaque fois, il y a des coupures, 1h, 2h, parfois toute une journée... Même les patrons ne sont pas très d'accord pour des trucs comme ça. »*

Quand ce n'est pas de la vie dont on est malade, et dont on ne se guérira jamais tout à fait. Comme cette femme kosovare qui raconte : « *Je viens chez le docteur parce que je suis malade, je suis triste. Quand j'étais au Kosovo, j'étais en prison, il était la guerre, j'étais en prison. Et toujours je pense qu'est-ce que j'ai vu : la guerre, la police, toute ça. Je suis encore peur. Encore toujours. Même quand je dormis, je pense ça toujours, toujours, toujours. Je pense, je pense, pense, pense. Je suis toujours triste, toujours nerveuse, comme ça. Depuis qu'il était la guerre, toujours je suis, je ne sais pas comment je t'explique. Parce que quand j'étais en prison, ils m'ont tapé, ils m'ont mis comme ça, c'est comme ça, ça reste. (...) Pour les papiers, c'est toujours négatif, néga-*



Trois livrets reprenant une série d'extraits des interviews ont été diffusés auprès des patients. Durant tout le temps de l'enquête, des phrases issues de ces mêmes rencontres ont été régulièrement affichées dans la salle d'attente. Une sorte de cadeaux de patients à patients, une manière de dire que la parole de chacun compte, des occasions d'ouvrir un débat, d'échanger, de mieux (se) comprendre.

tif, négatif, négatif... J'ai pas de CPAS, pas de chômage, pas de travail. (...) Toujours je suis triste, toujours je suis... Je suis toujours malade. (...) J'aime bien fermer les rideaux la journée, j'aime bien rester toute seule. Parce que parfois je déteste mon mari, je déteste les enfants. Je déteste tout. Je ne veux pas sortir. Où je dois sortir ? Qu'est-ce que je dois faire pour sortir ? J'ai amies, j'ai la famille mais j'aime bien rester à la maison, fermée. (...) Au Kosovo, pas de la maison, c'est toute brûlée, c'est toute... Y a rien pour nous. La maison elle est brûlée. C'est mieux rester ici. (...) Avant la guerre, j'étais pas malade. Mais après la guerre, je suis toujours malade, toujours triste, toujours nerveuse... Parce que, quand j'étais en prison, j'ai beaucoup de choses... souffert. Pour après, peut-être c'est mieux, mais je

ne sais pas. Tout c'est mieux je crois si j'ai papiers, si je travaille, si les enfants vont à l'école. Alors je suis contente de rester en Belgique. Pour une bonne vie. Si il me dit 'tu vas au Kosovo', c'est mieux, il faut me tuer. J'aime rien au Kosovo, maintenant, j'ai pas de la maison, pas de rien. C'est ça. »

Vieillir dans un pays d'exil, c'est encore tout autre chose. Dans le cadre de l'immigration issue du Maroc, plusieurs adultes ont parlé de la vieillesse de leurs parents. « Vous devez savoir que nous, ça fait quarante ans qu'on est en Belgique, et pour notre génération (ceux de la quarantaine), tous nos parents sont sous médicaments. C'est tous des parents qui avaient construit là-bas et qui ont vécu un espoir de retour. Mais ils sont tous ici, et malades. Si vous entendez un peu la population, c'est le diabète et la tension artérielle. Mon père a construit là-bas avec l'espoir de retour. Sa maladie, c'est aussi l'exil. Et quand il est tombé au chômage, c'était plus possible pour lui. Il est tombé en dépression. »

Une médecin de la Maison médicale, appartenant elle-même à la communauté marocaine, a longuement évoqué ce drame de la vieillesse chez ses patientes. L'âge n'est pas principalement une diminution des capacités, il signifie surtout la perte du rôle familial, remplacé par aucun autre : la vie se vide de son sens, le temps s'étire et on perd ses repères. « Les personnes de la première génération, plus âgées actuellement, ne peuvent pas dire : 'Je suis fatiguée, déprimée.' Une mère de famille nombreuse, qui se respecte dans le rôle qui lui est dévolu, serait démissionnaire si elle disait : 'Je suis fatiguée.' Donc, elle s'autodésigne malade. Ainsi, quand une personne âgée vous dit 'je suis malade', ça peut simplement vouloir

dire qu'elle est fatiguée, qu'elle a un coup de blues, qu'elle n'est pas satisfaite de quelque chose qu'elle avait en projet, qu'elle n'a pas pu réaliser. Le rythme de vie est devenu trop lent pour elle. Ces personnes sont transposées dans une culture du temps et des habitudes socioculturelles différentes des leurs. Elles sont transposées dans un rythme très rapide, où tout le monde part le matin, où elles se retrouvent toutes seules dans la maison, sans enfants, sans petits-enfants, etc. Et donc, elles sont dépourvues, et le temps s'écoule trop lentement. Elles vont dire 'j'ai mal' et énumérer mille et une plaintes, qui ne diront que leur mal-être. Parce qu'il y a une crise, un changement de rôles. Elles ont un rôle de mère de famille, toute leur vie elles ont été formatées pour ce rôle. (...) A partir du moment où ce rôle se termine, il n'y a pas de substitution dans la société occidentale. Dans leur pays d'origine, elles auraient endossé le rôle de grand-mère qui garde les enfants, elles auraient participé à une vie collective, on les aurait consultées... Ici, elles sont seules chez elles, et une des sorties tout à fait légitime à leurs yeux, c'est de se dire malade et d'aller chez le médecin : c'est un recours, parfois le seul recours puisqu'il n'y a quasi pas d'entourage. (...) Quelle qu'en soit la cause, une espèce de torpeur s'installe. Un conditionnement empêche les gens de remplir le temps d'une manière qui les satisfasse. (...) Certaines se préparent à ce changement, mais très peu. Certaines ont le ressort de s'intégrer dans les activités extra-familiales proposées par la société : maison des femmes, cours d'alphabétisation... Elles en parlent en riant : 'A mon âge, je vais encore à l'école...' C'est une sorte de pied de nez à leur culture. J'encourage toujours ces initiatives salvatrices. Pour celles qui s'enfer-

ment dans leur maison, leur souffrance et qui se perdent dans ce labyrinthe, il faut tout un accompagnement pour les aider à sortir de cette souffrance, avant qu'elles ne puissent assumer des activités nouvelles et faire des choses positives... »

Changer le cours des choses ?

La santé, pour une majorité des patients interrogés, c'est un donné, chacun a la sienne et doit faire avec ce qu'il a reçu. Certaines personnes ne se sentent aucun pouvoir sur le déroulement de leur vie. Alors, y a-t-il quelque chose à faire ? A un moment ou un autre, par un moyen ou un autre, la plupart des gens ont bien entendu qu'on peut agir de différentes manières pour garder la santé. Mais elles ne s'en préoccupent pas parce qu'il n'y a pas réelle adhésion à cette idée. Alors, elles ne font pas vraiment davantage de sport (« *On en parle beaucoup plus qu'on en fait...* »), elles ne parviennent pas à changer leurs habitudes alimentaires ou leur rythme de vie. Même quand la prévention touche directement la maladie dont elles souffrent et que c'est le médecin qui prescrit par exemple un régime, il y a là une adhésion mitigée : changer ses habitudes, c'est comme si cela allait nous rendre un peu plus malade. Il y a résistance parce qu'il s'agit presque de se changer soi-même...

Dans les propos recueillis, les patients nous ont parlé du destin, écrit là-haut, qui dicte les lois de la santé, de la maladie ou la mort. « *C'est sa vie qui est comme ça, c'est son destin.* » « *Ce n'est pas l'overdose qui l'a tué, mais il était dit que c'était sa dernière journée.* » Mais ce n'est pas que le destin. Beaucoup de personnes interrogées reconnaissent que leur déterminisme, c'est

la place qu'elles occupent dans la société, sur la terre. Ce sont les conditions de vie concrètes qui influent sur l'état général, offrent ou non la possibilité d'agir positivement sur sa santé. « N'oublie pas qu'il y a le boulot qui te massacre 6 jours sur 7 ou parfois 7 jours sur 7, c'est énorme ! » « Les gens s'endettent. Imaginez une personne avec 4 ou 5 enfants. Ça c'est un truc très important. C'est récurrent. Des gens souffrent de ça. Regardez ici, il y a des gens qui viennent de l'Est, ils s'entassent, ils ont pas de vie, ni affective, aucune intimité... Ils s'entassent dans des chambres parce que les loyers sont exorbitants, et je vous dis pas l'état de délabrement... Et après... la santé, le mental, tout y passe ! Automatiquement aller voir le docteur. (...) C'est trop, c'est le bordel, les enfants deviennent malades... »

On rencontre cependant quelques patients qui ont leur santé en point de mire et qui veillent à la préserver. Ils ont un sentiment de responsabilité vis-à-vis de celle-ci. Chez d'autres patients, il y a oscillation entre volonté d'agir positivement et sentiment d'impuissance. Aller chez le médecin au bon moment et ne pas laisser traîner les choses est souvent évoqué. L'équilibre alimentaire, l'exercice physique sont régulièrement évoqués aussi. « Il faut savoir écouter son corps pour ne pas lui faire du tort. » « Ce qu'y a que je n'ai pas beaucoup de fer, c'est que je n'aime pas la viande. Alors, je dois manger beaucoup de viande mais je ne sais pas. Je vais manger un petit steak comme ça (montre ses 4 doigts) en 3 fois. Manger un steak, je n'aime pas. Alors, dimanche j'avais acheté un steak, oh là là. J'ai mangé un petit peu, comme ça (montre un doigt). Et ça je le dis au docteur. Mais le docteur il dit, je dois en manger. Mais si je n'aime pas... Je

prends toute la demi-journée pour le manger. Je le mange mais je ne sais pas l'avalier. Et c'est ça avec le fer. Quelquefois je vais à la boucherie et je dis : ça, ça devrait être bon. Je le prends, mais non, ça ne passe pas. »

Temps du médecin, temps du patient

La maladie s'inscrit dans la vie, dans le temps de chacun, et personne ne vit le temps de la même façon. Face à cela : le médecin avec son temps à lui, dont une part est un temps de médecine, un temps de savoir. Un médecin de la Maison médicale décrit comment il vit cette distance dans sa pratique. « Le temps est aussi celui de ce que les patients amènent. Les gens viennent souvent en remontant dans le temps très très loin dans leurs histoires. (...) Quand on pose des questions aux gens, pour l'anamnèse, c'est très difficile de leur faire dire à quand remontent les symptômes. Quelqu'un va venir en disant 'j'ai mal à la tête', ce qui est une plainte courante. Ça va être très difficile de leur faire dire pourquoi ils viennent pour un mal de tête : ils n'ont jamais eu mal de tête ?, ça fait combien de temps qu'ils ont mal de tête au point de venir chez un médecin pour ça ? C'est très difficile, il y en a qui vont remonter à trente ans, raconter toute une histoire qui remonte à leur enfance ou même déjà à leurs parents. »

En conséquence, les patients ne comprennent pas toujours le traitement que leur prescrit le médecin parce que le lien de cause à effet qu'ils établissent est différent de celui qu'établit le médecin dans l'anamnèse. « Pour eux, c'est la succession des événements, indépendamment du temps, qui fait sens. Le temps d'évolution de quelque chose ne leur dit rien. C'est excessivement

difficile alors de leur faire comprendre que, s'ils ne sentent rien, qu'ils viennent pour une bêtise, une plainte aspécifique, par exemple, la fatigue, je vais peut-être trouver autre chose... Si on ne sait pas depuis quand remonte cette fatigue, je suis parfois réduit à interroger système par système : niveau cardiaque, intestinal, rénal, urinaire... En les explorant, je trouve quelque chose qui n'était pas attendu. Il faut alors leur dire : 'vous avez trop de tension, il va falloir faire une prise de sang, revenir la contrôler et si ça continue, il faudra prendre un traitement'. Eux s'attendent à ce qu'on donne le traitement tout de suite et puis ils ne seront plus fatigués. » Et c'est encore plus vrai pour les maladies chroniques lorsqu'elles sont asymptomatiques. « C'est difficile de comprendre qu'une maladie peut ne pas donner de symptôme mais dans le temps futur donner des complications très graves. Certains prennent leur traitement pour l'hypertension un mois, et après on ne les voit plus alors que c'est un traitement à vie. On les retrouve un an après, et ils ont des tensions catastrophiques ou ils ont une complication de leur hypertension. (...) La projection dans le futur est très compliquée et rend tout ce qui est prévention excessivement délicat. »

Les patients, eux, attendent beaucoup de leur médecin, qu'il les écoute, qu'il les comprenne. « Le médecin essaie de comprendre entre les lignes. Alors là, quand il essaie de vous expliquer, vous vous sentez beaucoup mieux quand il vous parle. » Et puis qu'il fasse le bon diagnostic et donne les bons médicaments qui font rapidement de l'effet. « Quand on est chez le médecin, on aime bien avoir les bons résultats, les bonnes explications et tout ça. Je dois être bien informée de ce qui se passe dans mon corps. » « Y'a des

médecins, tu parles, ils donnent pas bien, ça marche pas. Ils donnent pas les médicaments bons. Je sais pas moi. Quand je reviens ici, c'est calme, c'est bien. Une fois il était le muscle, j'ai été chez un autre médecin, il m'a fait les piqûres, ça marchait pas. Puis j'ai été en urgence, ça marchait pas. Cinq jours, j'ai pas dormi, j'ai pleuré. Après mon médecin est revenu de vacances, je suis venue ici, il a donné un médicament, c'était calme. »

L'empathie, la faculté du médecin de se mettre à la place des autres permet au patient de ne pas se sentir coupable de sa maladie ou de son comportement qui fait obstacle à la guérison. « Le médecin doit comprendre qu'on oublie parfois nos médicaments, que ce n'est pas facile de suivre un régime. Même quand on sait que le docteur a raison, on n'arrive pas toujours à faire ce qu'il dit. » Comme, nous le disions plus haut, n'est-ce pas aussi une volonté de ne pas se sentir limité par une maladie, même si, au fond, on sait très bien que le médecin a raison ?

Natalie RASSON

De plus longs extraits de la recherche ont été publiés dans *Santé conjugulée* (périodique de la Fédération des maisons médicales), n°38, octobre 2006 : **Patienter - Le temps et la salle d'attente...**

Ces textes peuvent être téléchargés sur le site de la Fédération : www.maison-medicale.org (Documentation > Santé conjugulée > Les archives > Numéro 38).

La sous et la suralimentation

Société de consommation et rapports Nord-Sud

Suite à une visite guidée de l'exposition photos 'Piège à conviction' de Daniel Locus en octobre 2006 au Palace d'Ath, un groupe de Lire et Ecrire Hainaut occidental a mené toute une réflexion sur les thèmes de l'alimentation, la faim dans le monde et les excès de notre société de consommation.

Au départ, l'objectif de cette activité était de découvrir d'autres moyens d'expression. L'exposition était une belle occasion car le guide ne commentait pas directement les photos mais posait des questions aux participants qui étaient invités à proposer leur propre commentaire. Le photographe était également présent pour répondre directement aux questions des visiteurs.

Cependant, la composition même du groupe, une majorité d'apprenants d'origine africaine et une minorité de Belges, a très vite orienté la réflexion non pas sur l'art et les techniques de la photographie, mais sur la faim et la surconsommation à travers une comparaison Nord-Sud.

Déroulement de l'activité

Séance 1 :

La visite de l'exposition photos fut un point de départ relativement mobilisateur. Les apprenants ont été choqués par les photos.

Séance 2 :

De retour en formation, les apprenants font écho de leurs impressions. Les réactions sont diverses, spontanément très critiques :

« Au départ, j'avais un sentiment de dégoût. Au plus j'avais, au plus j'étais dégoûtée. »

« C'est bête de gaspiller. »

« Certains sont rassasiés, certains sont affamés. »

« Les organisations sont là, mais ils s'occupent de la guerre mais pas de la cause de la faim dans le monde. »

« J'ai aimé car le message est : on peut lutter contre cela. »

« Ça fait réfléchir. Il y a des gens qui ont des œillères, les médias en profitent et jouent avec cela. »

« Au Brésil, il y a des gens qui courent après des rats pour les manger. »

« La nourriture pour les animaux, c'est un scandale. »

« La Haute Couture pour les animaux, c'est une aberration. »

« L'être humain est parfois plus malheureux qu'un chien. »

« C'est plus facile d'aimer un chien... »

Séance 3 :

Pour relancer le débat sur le thème de la faim, j'ai apporté quelques photos accompagnées d'un texte. Certaines photos étaient en opposition, le but étant de déclencher des réactions et d'inviter les apprenants à réfléchir aux solutions qui permettraient

En octobre dernier, nous sommes allés en groupe, voir une exposition photos de Daniel Locus 'Piège à conviction' au Palace, qui évoque la nourriture, la faim, la guerre, l'environnement et l'emprise de la société de consommation.

Sur chaque image, nous pouvions voir une table en fin de repas, couverte de restes de nourriture. Des diapositives étaient projetées au mur et chacune d'entre elles avait une date ou une phrase qui évoquait tout simplement un événement majeur de l'histoire de notre monde (par exemple : Mai 68, la Révolution française,...). Daniel Locus a voulu faire passer plusieurs messages qui sont fonction de chacun. Par exemple : la faim dans le monde en contradiction avec la société de consommation.

Les couleurs des photos étaient toujours très vives pour attirer l'attention et elles nous menaient parfois à l'écoeurement. Le photographe alternait également entre le flou et le net. Juxtaposition des photos, jeu avec les nuances mais aussi avec les mots... Le nom de l'exposition 'Piège à conviction' en témoigne.



Texte des participants publié dans **Dicidadela**, Publication de la Maison culturelle d'Ath, avril-mai-juin 2007

de résoudre ou du moins de diminuer la malnutrition.

Je ne posais que très peu de questions, voulant laisser libre cours à l'expression. Mes seules interventions avaient uniquement pour objet de recentrer le débat lorsqu'il s'écartait un peu du sujet.

Très rapidement, une apprenante a utilisé certains termes comme la boulimie, l'anorexie, le tiers-monde... Ce fut l'occasion pour certains de faire une recherche dans le dictionnaire et de se mettre d'accord tous ensemble sur une définition commune simple à comprendre. Une fois les termes définis, le groupe a analysé les photos une à une :

« Deux enfants sont en train de manger au McDonald's. Ce sont des enfants fort obèses. »

« Ca incite les gens à aller manger. »

« Il mange bien d'un côté. De l'autre, il n'en a pas assez. » (en parlant de l'opposition entre deux photos)

« Il mange trop gras d'un côté. De l'autre, il manque de nourriture. »

« D'un côté, la vie... De l'autre, l'enfer... »

« A Bruxelles, il y a beaucoup de malheureux. »

« Des SDF, sans domicile fixe. »

« Il y aura toujours des malheureux. »

« Tout le monde n'a pas la même chance. »

« Le monde a beaucoup progressé mais cela n'empêche pas les inégalités. »

En disant cela, la personne sous-entend que le monde actuel, aussi développé soit-il d'un point de vue technologique ou autre, ne réduit pas les inégalités. Parfois même, c'est le contraire qui se passe. Les réactions suivantes y font écho :

« La technologie tue, plein d'emplois en moins... » (évoquant des suppressions d'emplois chez Volkswagen)

« On aura un jour une pile dans la fesse. »

« De plus en plus de robots. »
« Les robots consomment beaucoup moins. »
« Dans la construction, c'est de plus en plus rapide. »
« Ca tue les petites entreprises. »

Ensuite, j'ai demandé qu'on regarde la photo qui incite à maigrir. Les réactions ne se sont pas fait attendre :

« La pub influence de vouloir maigrir. »
« On me prend comme je suis. »
« Ca amène l'anorexie. »
« C'est un pantalon fait exprès pour elle »
« Il y a des gélules, du thé, des ceintures, des crèmes, des boissons, des soupes, des pâtes... pour maigrir. »
« Il y a tout pour maigrir. »
« Des coupe-faim. »
« Même des patchs pour maigrir. »
« On pose même des anneaux au niveau de l'estomac pour couper la faim. »
« On utilise même la chirurgie esthétique. »
« Il y a de plus en plus de pubs pour faire des régimes. »
« Ca me fait penser à l'expo photos qui parle de la faim, du gaspillage. »

Au verso du document, une autre photo a suscité des réactions diverses. On a évoqué la mode des mannequins 'brindilles', limite squelettiques, cette mode 'pro-ana' qui influence les adolescentes. On a également évoqué le décès d'un mannequin, à la suite de malnutrition... Tous étaient d'accord pour constater que le monde était plein de contradictions... D'excès de nourriture (malbouffe) et de manques...

Prolongement*

Cette activité, qui au départ dénonçait les excès alimentaires du monde occidental, a aussi été l'occasion, pour le groupe, de faire des comparaisons et de prendre conscience des différences entre le monde occidental

et le continent africain, surtout en termes de valeurs.

Par exemple, en Afrique, quand on reçoit un cadeau, on attend 'le bon moment' pour l'ouvrir. En Europe, où il est de coutume d'ouvrir le cadeau quand on le reçoit, cette attitude est plutôt mal interprétée. Autre exemple : la signification de gestes tels que prendre la main de quelqu'un, geste relativement anodin en Afrique, risque d'être mal interprété ici en Belgique. Les notions de partage, de famille, de solidarité se sont révélées très différentes. Les attitudes face à la consommation, et surtout le rapport aux objets (de consommation) se vivent également autrement : l'abondance ou l'excès d'objets que nous connaissons en Europe conduit à banaliser ces objets alors qu'en Afrique, le manque ou la rareté conduit à les rendre précieux. On note également que les personnes africaines semblent davantage attentives aux questions de santé. En Europe, les soins sont remboursés. La couverture maladie est beaucoup plus présente qu'en Afrique. Les médicaments sont immédiatement disponibles. De la même manière que pour l'alimentation, on achète et on consomme. Il y a une sorte de banalisation des soins de santé. En Afrique, souvent la médecine reste traditionnelle. L'usage des plantes pour se soigner est fréquent. Se soigner, comme s'alimenter, n'est pas un acte anodin.

Au niveau du groupe, la compréhension et le respect entre les personnes n'ont fait que croître à travers tous ces échanges interculturels.

Fabien MASSÉ

Lire et Ecrire Hainaut occidental

L'alpha chausse les baskets !

Pour permettre aux apprenants d'agir concrètement pour préserver leur santé, il ne suffit pas de discuter, il faut aussi passer à l'action. C'est dans cette perspective qu'à l'initiative du CIEP Alpha Namur, des apprenants de plusieurs associations d'alpha fréquentent un atelier sport-santé où ils abordent différentes questions liées à la santé et au bien-être. Ils se retrouvent ensuite en salle de sports pour s'adonner à une activité sportive.

Pourquoi et avec qui un atelier sport-santé ?

Comme d'autres associations, le CIEP propose à ses apprenants un panel d'ateliers qui, complémentaires aux cours d'alphabétisation, ont pour finalité de faciliter l'apprentissage, de contribuer à l'ouverture d'esprit et de favoriser l'insertion sociale. L'un d'eux est l'atelier santé qui fonctionne maintenant depuis 5 ans.

Après une année de fonctionnement, les animateurs se demandaient 'où et comment' illustrer et mettre en pratique certaines réflexions abordées dans l'atelier. Difficile en effet de convaincre notre public, dont certains sont précarisés ou fragilisés, de l'utilité de faire du sport pour préserver leur santé, se découvrir, s'épanouir et apprendre à gérer son énergie, sans donner le mode d'emploi et les moyens de le mettre en œuvre.

Un contact informel a alors été établi avec la Ville de Namur, afin de déterminer dans quelle mesure il était possible de disposer d'infrastructures sportives. La cellule *Inersport*, dont la mission est, comme son nom l'indique, de favoriser l'intégration

sociale par et à travers le sport et qui œuvre dans différents quartiers de la ville, s'est montrée très intéressée par le projet et a proposé de mettre gratuitement à disposition un moniteur sportif et l'infrastructure nécessaire. Le partenariat est ainsi devenu réalité, et pendant 3 ans, un vendredi sur deux (durant la matinée), l'atelier sport a été organisé en alternance avec l'atelier santé.

L'idée d'élargir l'atelier aux autres associations d'alpha de Namur a fait ensuite son chemin et a rencontré l'intérêt desdites associations. Mais le défi de réunir ainsi des apprenants issus d'horizons divers, d'âges, de sexes, d'origines et de cultures différents, sur une plateforme de rencontre, où la proximité inévitable peut conduire jusqu'au contact physique, ne pouvait être rencontré et accepté que si le climat de confiance, de respect mutuel et de tolérance était entier. Il était évident également que pour réussir cette symbiose, l'atelier santé devait devenir, comme l'atelier sport, commun aux apprenants de toutes les associations. L'infrastructure le permettant (disponibilité d'une salle de cours dans le complexe sportif), il a été décidé que l'atelier sport

Objectifs spécifiques de l'atelier sport-santé

En plus des objectifs communs avec l'alphabétisation (développer la confiance en soi, la solidarité, etc.), l'atelier sport-santé poursuit des objectifs qui lui sont propres, à savoir :

- Mieux se connaître et reconnaître l'autre dans sa différence en termes d'hygiène, d'intimité. L'atelier permet de connaître une autre facette de notre personnalité (nos limites, nos peurs, notre capacité à faire confiance, nos richesses méconnues,...) et de trouver de nouvelles formes d'expression de soi (parler de son corps, canaliser sa violence, gérer son stress, etc.).
- Envisager de nouveaux possibles et réaliser une partie d'entre eux. « Que celui qui n'a jamais couru coure ! »
- Maîtriser la relation et trouver sa place dans le groupe et dans un environnement donné a priori comme inconfortable et inhabituel. Partager et gérer l'espace. Déceler, repérer et remédier aux difficultés de gestion spatio-temporelle, de latéralité, d'équilibre, également importantes pour l'alphabétisation.
- Faire le point sur 'la' et 'sa' santé.
- Pouvoir utiliser un langage compréhensible pour communiquer au corps médical les symptômes ressentis et comprendre les informations reçues en retour.
- Connaître nos droits en matière de santé et de bien-être et les faire reconnaître comme prioritaires (au même titre que le droit à se nourrir, dormir, etc.), notamment dans leur dimension préventive.
- Développer sa capacité d'analyse et d'esprit critique sur des thèmes liés au sport et à la santé en général (culte de la performance, esprit de compétition, image culturelle et mythique du sportif et du corps idéal). Décoder l'idéologie présente dans l'image que l'on véhicule sur la santé et qui est source de situation excluante. Prendre conscience des risques pour la santé des excès sportifs (produits dopants, médication,...).





d'environ 1h15, suivrait l'atelier santé de même durée.

D'octobre 2006 à juin 2007, les associations participantes mirent en œuvre le projet. L'atelier fonctionna avec des pics de participation dépassant les 25 apprenants. Durant cette première année d'animation commune, beaucoup d'énergie a dû être consacrée à la mixité. Il ne faut pas perdre de vue que pour les femmes du groupe de Vie Féminine (qui constituaient environ la moitié des effectifs), côtoyer des hommes dans des activités communes était exceptionnel et pour le moins novateur. C'est pourquoi, en cours d'année, les objectifs ont dû être recadrés et prioritairement ciblés sur cette harmonisation des rapports hommes/femmes.

Ainsi, lors d'activités sportives telles que l'échauffement, certaines femmes exigeaient

d'être placées derrière les hommes afin de ne pas sentir leur regard. Il a fallu leur faire prendre conscience que les hommes pouvaient légitimement invoquer le même malaise. Il était interpellant de constater à quel point un tel incident, d'apparence mineur, pouvait prendre de l'ampleur et nécessiter un dialogue à même de guider le groupe vers une solution équilibrée.

Fort de cette expérience et après réflexion, il s'est avéré plus pertinent pour 2007-2008 que le groupe de Vie Féminine soit encadré par une animatrice spécifique qui travaillerait plus particulièrement avec les femmes les éléments liés à la mixité.

Globalement cependant, le travail en partenariat a apporté un réel intérêt au niveau des échanges et de la concrétisation du projet. En effet, chaque intervenant venait

avec ses spécificités et les mettait au service des autres. En même temps, il restait un observateur averti veillant à déceler les difficultés des apprenants, établissant le programme de cours en fonction des lacunes observées, les relayant éventuellement au formateur alpha de chacun des participants.

Comment lier sport et santé ?

Travailler le sport et la santé sont des démarches différentes. Toutefois l'une et l'autre peuvent être intimement liées, particulièrement en alphabétisation et en éducation permanente. De ce point de vue, l'atelier sport est un facilitateur d'apprentissage, un mode d'expérimentation, une transposition des éléments réflexifs et théoriques abordés dans l'atelier santé. Et réciproquement, l'atelier santé est une prise de distance critique et analytique par rapport à ce qui se vit corporellement et socialement dans l'atelier sport. L'un et l'autre se complètent et se répondent.

Concrètement, autant que possible et sans artifice, les formateurs de l'atelier sport et de l'atelier santé privilégient des thèmes communs à partir desquels ils développent leur spécificité en fonction d'objectifs généraux et pédagogiques propres à leur discipline. Les animateurs sportifs veillent ainsi à mettre en situation par le sport les concepts vus dans l'atelier santé et les animateurs santé veillent à systématiser dans leur atelier ce qui a été vécu et ressenti dans la pratique sportive. Ce mode de fonctionnement n'exclut toutefois pas que chaque atelier travaille ses finalités intrinsèques. Un recadrage théorique vise en outre à permettre, autant que faire se peut, de rendre

l'acquis transférable à d'autres domaines de la vie quotidienne.

Quelques principes méthodologiques

Lors des activités sportives, nous veillons à respecter quelques principes méthodologiques en cohérence avec les buts poursuivis, à savoir : définir et identifier avec les apprenants le thème et les objectifs de chaque séquence (que vise-t-on dans l'atelier et pourquoi?), respecter le rythme de chacun et ses craintes éventuelles, viser une évolution douce mais profonde pour laisser le temps de se découvrir et de changer, éviter la recherche d'une performance excessive et favoriser l'esprit de coopération plutôt que de compétition.

Les activités

Les activités sportives proposées ont été très diversifiées, avec le souci d'être à l'écoute des aspirations et attentes des apprenants, mais aussi en veillant à préserver l'esprit d'atelier pédagogique et à ne pas verser dans des spécificités de type 'club'. C'est ainsi que dans le respect de nos principes méthodologiques et à titre d'initiation, le basket, le mini foot, le hand-ball, le volley, le mini base-ball, le hockey, le tennis, le tennis de table, le badminton, la natation, le roller, le vélo (ballade), l'aérobic, le fitness (en salle ad hoc), la gymnastique, le stretching... et la relaxation, ont été pratiqués les années précédentes. Certaines de ces initiations ont déjà été reconduites cette année. D'autres le seront dans les mois à venir. De plus, lorsque le besoin s'en fait sentir, nous proposons en complément des exercices d'approfondissement et de renforcement.



En ce qui concerne les animations santé, les apprenants ont été invités à classer, dans une liste de 14 thèmes, ceux qu'ils souhaitaient aborder en priorité et à motiver leur choix. C'est ainsi que, dans l'ordre, outre la pyramide alimentaire et l'interprétation de la charge pondérale pour lesquels il a été fait appel à un intervenant extérieur, le mal de dos, la santé dans le milieu du travail et les maladies cardiovasculaires ont déjà été abordés cette année. La forme et le sport, le dépistage, les maux de tête, la dentition, le stress, les maladies sexuellement transmissibles, le don d'organes, l'organisation des soins en hôpital, les toxicomanies, les médecines alternatives et les maladies de la peau sont également au programme et seront abordés en fonction du facteur temps. Nous avons également mis sur pied une initiation aux premiers soins – et surtout aux gestes à ne pas faire – pour laquelle deux animations ont été assurées par la Croix-Rouge. L'intérêt a été inespéré et les questions nombreuses. La cote de satisfaction attribuée par les apprenants frôlait la perfection.

Un plus : le bilan médical

En plus du certificat médical d'aptitude à la pratique du sport obligatoire, les apprenants qui le souhaitent bénéficient, au Centre provincial de Tamines, d'un bilan médical plus poussé, avec électrocardiogramme, analyses et test à l'effort. Ces examens sont précédés et/ou suivis d'une séance d'information, animée par une infirmière du Centre, donnant toutes les explications nécessaires afin de faciliter la compréhension et le pourquoi des examens, et d'en interpréter les résultats. Ceux-ci sont l'occasion d'une mise au point au niveau médical et ne sont communiqués qu'à l'apprenant et au médecin traitant. Nous, animateurs, ne recevons que le certificat d'aptitude.

Et l'évaluation

A la fin de chaque séance, l'évaluation se fait par une évocation systématique des apports de l'activité. Elle se fait aussi périodiquement d'une manière globale à travers une grille cible. Il s'agit d'une cible – comme pour le tir à l'arc, mais inversée : le centre valant 0 et l'extérieur étant l'objectif à atteindre – sur laquelle les apprenants reprennent les différents éléments qu'ils souhaitent travailler en atelier. Ces objectifs sont régulièrement évalués et chaque apprenant est amené à se positionner sur sa propre cible. La cible permet de voir les progrès réalisés car plus on va vers l'extérieur, plus on avance vers l'objectif, plus on s'ouvre sur l'avenir. Le groupe a aussi construit une cible collective et y revient périodiquement pour évaluer l'avancement du projet.

Et pour évaluer l'entente et la solidarité du groupe, rien de tel que de jouer à un jeu de coopération !

Une certitude : rien n'est définitivement gagné. Il faut toujours avoir l'humilité de se remettre en question, d'innover, de rebondir sur les obstacles imprévus. Car ce n'est pas facile, dans un groupe hétérogène, de répondre aux besoins et difficultés de chacun : canaliser la vigueur et la vitalité d'un jeune belge de 20 ans, reconnaître comme légitimes les aspirations sportives d'une 'mama' africaine souffrant d'un handicap physique, freiner l'envie de performance d'un quinquagénaire bedonnant, faire assimiler les règles du jeu à un non francophone qui ne comprend pas l'explication des consignes, ou encore essayer de libérer celle qui non seulement ne comprend pas mais reproduit en salle de sport ses peurs et l'effacement de toute une vie. Le tout sans jamais perdre de vue notre mission et nos objectifs !

Malgré cela, nous constatons des évolutions positives : voir celui qui souffre de surcharge pondérale reprendre goût à l'activité sportive, constater l'évolution du placement et de la latéralisation de cet autre qui au début était perdu dans l'espace de la salle, observer cet autre encore capter une balle au vol alors que quelques semaines plus tôt il brassait du vent, ou enfin découvrir que pour ce dernier faire du sport c'est aussi l'occasion de prendre une douche.

Bien sûr, nous n'avons pas d'indicateurs scientifiques à faire valoir, mais qu'on ne vienne pas nous dire que ces activités n'ont aucune incidence positive sur la vie quotidienne et l'apprentissage des participants !

Toni MASTROGIUSEPPE
CIEP Alpha Namur



Participation à un Forum des usagers de soins de santé

Histoire d'un film

A la mi-mai 2005, les Femmes Prévoyantes Socialistes (FPS) de Mouscron lancent une invitation aux apprenants de Lire et Ecrire, en formation alpha dans leurs locaux, à participer au 'Forum des usagers de soins de santé' que les FPS organisent avec la Mutualité socialiste le 24 juin 2005 à Bruxelles. Les apprenants répondent positivement à l'appel et s'investissent dans la réalisation d'un film (DVD) témoignant de leur expérience et des difficultés qu'ils rencontrent en matière de santé.

C'est pour commémorer les 60 ans d'existence de la sécurité sociale et du système de soins de santé en Belgique, que la Mutualité socialiste et les FPS ont organisé ce Forum pour donner l'occasion à des usagers et des professionnels de la santé de se rencontrer, d'entendre les points de vue des uns et des autres, de communiquer des informations et de partager des expériences. Pour préparer cette rencontre, des groupes de femmes et d'hommes se sont rencontrés dans les régionales des FPS afin de mener une réflexion sur les thèmes de santé qui les préoccupaient. A partir de ces discussions, les usagers ont laissé libre cours à leur créativité pour trouver la manière de venir les exprimer en public lors du Forum.

Le but de la démarche était de renforcer la communication entre les différents acteurs de la santé, de rassembler des idées pour faire progresser le système de santé publique belge, de préparer un cahier de revendications destiné aux décideurs politiques. Pour les FPS, il était évident que des per-

sonnes en difficulté de lecture et d'écriture avaient des choses à dire en matière d'accès aux soins de santé.

Lorsque la responsable des FPS de Mouscron est venue présenter le projet aux apprenants de Lire et Ecrire et leur demander d'y participer, ces derniers ont accepté d'emblée la proposition. C'était pour eux l'occasion de s'exprimer et de participer à une action visant à réaliser et consolider l'accès aux soins de santé pour tous. Si seulement une chose pouvait changer en mieux pour eux ou la génération à venir, c'était déjà ça de gagné !

Préparer la rencontre

Les apprenants ont commencé par lister les situations problématiques qu'ils avaient vécues en matière d'accès aux soins. Difficulté de comprendre et de dialoguer avec les professionnels de la santé quand on ne maîtrise pas ou mal la langue, difficultés qu'entraîne le fait de ne pas savoir lire et écrire, complexité

du langage médical (notamment celui utilisé dans les notices de médicaments), manque d'informations, incompréhension de certaines démarches, impossibilité pour les sans-papiers d'avoir accès aux soins, éloignement des centres de soins pour les personnes habitant en milieu rural, problème des travailleurs frontaliers qui vivent à cheval sur deux systèmes de sécurité sociale, etc. Certains ne sont pas au courant de leurs droits... personne ne les en a jamais informés.



Trouver un média

Pour faire partager ces difficultés aux autres participants du Forum, le groupe a envisagé différents moyens d'expression et pesé les avantages et inconvénients de chacun. Le choix s'est finalement arrêté sur la vidéo car tout le monde ne pourrait pas se rendre à Bruxelles le 24 juin. Mais par le biais de la vidéo, tous pourraient d'une certaine façon participer au Forum et la présentation d'un film éviterait le stress de la prise de parole en public. Le film présenterait des scènes fictives, sous forme de sketches, en lien avec la thématique de la santé et inspirées de situations vécues par les apprenants.

Après avoir tâtonné en envisageant de réaliser le film avec les moyens du bord (qui a une caméra ? qui sait l'utiliser ?), le groupe a décidé de faire appel à un animateur vidéo de la DGACH (Direction Générale des Affaires Culturelles du Hainaut) et a rédigé une demande de subvention.

Travailler avec un professionnel permettait de disposer du matériel adéquat, d'éviter de se perdre dans des discussions inutiles et infructueuses, de rendre les scènes communicables, de ne pas se satisfaire d'un 'à peu près'... et de se recentrer régulièrement sur les objectifs de départ pour clôturer le travail dans les délais. L'animateur a apporté son expertise et le soutien technique qui manquaient au groupe en centrant son intervention exclusivement sur la forme et non sur le contenu du message que les stagiaires voulaient faire passer.

Très rapidement, dès le premier contact, il est apparu que faire appel à un organisme et travailler avec un professionnel allait effectivement changer beaucoup la donne. Le côté 'artisanal' devrait être abandonné

et il allait falloir faire face à des impératifs organisationnels et de temps dont le groupe avait peu conscience jusque-là. Dès ce moment, il est devenu évident que tout ne pourrait pas être réalisé par les apprenants. Non pas à cause de leur manque de compétences, mais à cause des délais à tenir. Le formateur, l'animateur cinéaste et la responsable des FPS se chargeraient par conséquent des demandes d'autorisation, de la contextualisation (au début du DVD, la formatrice explique oralement ce qui a motivé la réalisation de ce DVD), du montage, etc. Les apprenants, eux, feraient le choix des situations, réaliseraient les dialogues et joueraient les sketches.

Réaliser le film

Trois dates furent fixées pour le tournage et les sketches répartis entre ces trois dates. Pour chacun d'eux, il fallait prévoir le matériel, répartir les rôles d'acteurs, prévoir une doublure pour le cas où un apprenant serait absent pour une raison ou une autre à un des jours de tournage... et répéter les dialogues.

Après le tournage de la première scène, tous avaient compris que faire un film « ce n'est pas si simple ». Être comédien est un réel métier qui n'est pas à la portée de tous et qui demande beaucoup de patience. Il faut souvent attendre que la caméra soit au bon endroit, que le micro ne soit pas dans le champ de prise de vue, que le son soit bon, etc. Il a fallu recommencer un nombre incalculable de fois la même scène sous des plans différents ou parce qu'un détail important 'clochait'. Conséquence : après quelques scènes, l'enthousiasme était fortement retombé. N'étant pas préparés à devoir recommencer et recommencer encore,

certains ont manifesté du découragement au point de remettre en question leurs compétences personnelles. Ne pas réussir immédiatement était vécu comme un échec, devoir recommencer comme un acharnement sur leur propre personne.

Fort heureusement, les encouragements de l'animateur et ses comparaisons avec le 'vrai' cinéma ont rassuré les apprenants : « *c'est normal, c'est comme ça même avec des comédiens de métier* », « *ce n'est pas ta faute, c'est la batterie qui devient trop faible* », « *désolé, il n'y avait pas assez de lumière ; dommage, c'était bien* »,...). Et surtout, pour la seconde séance, il avait déjà monté une scène entière. Voir un résultat ayant atteint ses objectifs, amusant et très correct pour des amateurs, a redonné courage pour les deux jours de tournage suivants.

Evaluer l'activité vidéo...

Chacun ayant été invité à s'exprimer, une majorité d'apprenants se sont focalisés sur l'image que donnait d'eux la vidéo, une personne a exprimé qu'elle ne se serait jamais crue capable de réaliser tout cela et surtout de parler devant une caméra. Une autre a dit que de se voir si à l'aise dans certaines situations (au téléphone, devant une caméra, en expression) lui donnait confiance en elle et qu'elle n'aurait plus aussi peur à l'avenir de s'exprimer devant autrui. Cela a été confirmé lors de simulations d'entretiens d'embauche filmés dans le cadre d'une recherche active d'emploi au FOREm. La caméra ne l'impressionnait plus, elle savait qu'elle parlait correctement et que son attitude était 'juste'. Il ne lui restait plus qu'à se concentrer sur le contenu de son discours.

Pour certains cependant, pointer les compétences développées et les acquis de l'expérience était un exercice difficile. Ils savaient qu'ils avaient appris quelque chose mais ne savaient pas le formuler précisément. D'autres disaient que cela ne leur avait rien appris parce que, durant ces séances, ils avaient peu lu et écrit et que ces apprentissages étaient prioritaires pour eux.

Beaucoup de questions ont aussi été posées sur le cinéma et cette discussion a apporté bien des surprises. Beaucoup ne connaissaient pas les effets spéciaux ou les truccages. Les plans, les différents endroits de tournage, tout cela a été expliqué et démonté. Après cela, un film ne sera plus jamais regardé comme avant et l'image de l'acteur, ce 'héros', en aura pris un coup. Certains rêvaient du métier de comédien. Ce n'est plus autant le cas désormais : le métier n'est pas aussi 'facile' qu'il en a l'air !

... et la participation au Forum

Globalement, les apprenants sont très satisfaits de cette participation. Non seulement ils y ont présenté leur DVD, mais ils ont participé à des ateliers. Ils ont eu l'occasion de s'exprimer et d'acquérir des connaissances sur le système de santé. Ils ont ainsi appris l'existence des médicaments génériques qu'ils ne connaissaient pas ou peu. Ils ont appris également que les personnes en situation irrégulière sur le territoire belge – thème que nous aurions initialement souhaité traiter dans un sketch – avaient la possibilité de se faire soigner par *Médecins sans frontières*... à condition d'avoir une antenne près de chez eux.

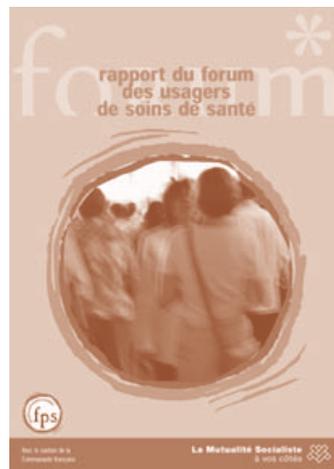
Nous avons aussi noté que ce qui leur paraissait auparavant incompréhensible et

inaccessible prenait désormais sens à leurs yeux et leur devenait accessible, contribuant ainsi à l'amélioration de leur accès à la santé. Cela les rend plus forts pour faire reconnaître et respecter leur droit.

A un niveau plus collectif, les revendications des apprenants ont été entendues. Reste à savoir la suite qui leur sera donnée pour apporter des changements positifs pour les usagers de soins de santé.

L'utilisation du DVD comme outil de sensibilisation ne s'est par ailleurs pas limitée au Forum. Avec l'accord des apprenants, il est maintenant utilisé pour la formation initiale des bénévoles et pour la sensibilisation des intervenants sociaux du Hainaut occidental aux difficultés que rencontrent les personnes illettrées face à la santé.

Marilyn DEMETS et Sabine DENGHIEN
Lire et Ecrire Hainaut occidental



Le rapport du Forum usagers de soins de santé réalisé par les FPS est téléchargeable à la page : www.femmesprevoyantes.be/fps/SanteForumdesUsagers

A propos de la violence conjugale

Parmi les nombreuses possibilités d'exploitation de thèmes en lien avec l'actualité ou le quotidien des participantes, il y en a un qui nous semblait important de traiter : celui de la violence faite aux femmes¹, plus précisément celui des violences conjugales. Pour beaucoup de femmes il s'agit d'un problème difficile à aborder, ou même à reconnaître comme tel. Nous avons travaillé cette problématique avec un groupe de femmes en formation dans les locaux de l'école n°5 à Molenbeek. Formatrices au Collectif Alpha, nous n'avons pas de compétences spécifiques et avons fait appel à La Voix des Femmes² pour l'animation.

Prendre conscience de l'ampleur du phénomène, sortir de l'isolement, envisager de quitter la position de victime sont les objectifs généraux de toute action de sensibilisation sur la violence conjugale. Néanmoins, le cours d'alphabétisation ne peut se substituer à un groupe de parole ou toute autre forme de thérapie ou d'aide sociale. Il s'agit pour nous d'une part d'aider les femmes victimes de ce type de violence à sortir de leur isolement en leur offrant une première possibilité de partager leur vécu et d'autre part de servir de relais vers les institutions spécialisées.

Avant de présenter le travail d'animation proprement dit, il nous paraît utile de rappeler que selon les statistiques, une femme sur cinq est victime de violence conjugale, et ce quel que soit son milieu social ou culturel. Il nous paraît également utile de reproduire ici la définition que l'on trouve dans la Déclaration des Nations-Unies sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes : « *Les termes 'violence à l'égard des femmes' désignent tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant*

ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée. » (Article premier)

Quand on parle de violence à l'égard des femmes, on englobe quatre formes de violence différemment perçues par les victimes, les agresseurs ou les témoins. Toutes ont pour points communs le contrôle et la domination :

- la violence physique, la plus évidente, exercée par les coups, les bousculades, la séquestration,...
- la violence psychologique, plus souterraine mais tout aussi destructrice : surveillance des déplacements et des conversations, isolement, harcèlement, insultes, menaces, humiliations, chantage affectif,...
- la violence sexuelle : viol, grossesse forcée, prostitution forcée,...
- le contrôle économique, autre forme de violence et de limitation de l'autonomie des femmes : confiscation de la carte bancaire, contrôle des dépenses, etc.

Détresse physique, morale et économique, image négative de soi, honte, ambiguïté par rapport au partenaire en sont les conséquences.

Objectifs

L'objectif principal de l'animation est d'exploiter la dynamique de groupe afin d'aborder un sujet aussi sensible que la violence conjugale, susciter la prise de parole et le partage d'expressions sans toutefois l'imposer.

Il s'agit aussi de sensibiliser le groupe à l'universalité de ce type de violence et de l'informer des différents recours et associations existantes.

Niveau

Ce type d'animation peut être adapté à tous les niveaux d'alphabétisation mais il faut néanmoins prévoir, par exemple dans un groupe oral débutant, l'aide de traductrices ou de personnes bilingues afin de poser les termes les plus adéquats sur les mises en situation et sur les types de violences (physiques, verbales, psychologiques, financières, sexuelles...) qui ne sont pas toujours facilement explicables s'il subsiste une barrière au niveau de la langue.

Matériel

Cette animation nécessite peu de matériel :

- des photos de personnes célèbres, issues de différentes cultures et milieux sociaux, ayant subi des violences conjugales ;
- des photos illustrant un début de dispute ;
- une liste des différentes associations susceptibles d'offrir un accompagnement.

Durée

1 à 2 séances de 1 à 2 h.

L'animation peut se réaliser en une seule séance mais il est préférable d'organiser deux séances même plus courtes car les informations données au départ risquent de susciter des questions qui n'apparaîtront pas de suite et qui pourront alors être abordées au cours d'une deuxième séance.

Par ailleurs, pour que ce type d'animation puisse avoir un impact, il semble préférable de préparer l'animation avant la venue de la personne ressource, tant pour la compréhension de la terminologie que pour l'objet même de l'animation. Tout cela ne peut évidemment se réaliser en une seule séance.

Conseils pour la mise en œuvre

Il est important de préciser que cette animation a été organisée pour un groupe non mixte composé uniquement de femmes pour que celles-ci puissent s'exprimer dans une certaine confidentialité.

Lors de l'animation, nous avons pu constater que les participantes étaient sensibles à l'expression du vécu des unes et des autres. Certaines vivaient des situations très compliquées au sein de leur couple mais personne ne s'est permis de juger et nous ne savons pas si cela aurait pu être possible dans un groupe mixte. Parler des difficultés rencontrées au sein de son couple devant des hommes, susceptibles de connaître le conjoint et de l'en informer, aurait pu bloquer le débat et ne pas le rendre aussi constructif.

Rien n'empêche cependant de donner une séance d'informations à un public mixte

mais alors le travail de dynamique de groupe sera différent et peut-être plus complexe.

Déroulement

Pour commencer la séance, la formatrice de La Voix des Femmes se présente au groupe et explique le rôle qui va être le sien dans l'animation. Nous, les formatrices, n'interviendrons que pour compléter ses explications.

La formatrice débute alors l'activité en demandant aux femmes quelle est leur compréhension des termes 'violences' et 'agressions'. Ces termes sont traduits en turc et en arabe afin que les femmes puissent les comprendre clairement. Les femmes nous renvoient alors ce que ces mots évoquent pour elles. Pour certaines, ce sont de véritables actes de violences physiques, pour d'autres ce sont, au quotidien, des petites remarques blessantes qui finissent par déstabiliser.

La formatrice présente ensuite au groupe plusieurs photos de personnalités connues (Tina Turner, Marie Trintignant, Rania Al-Baz,...) en demandant aux femmes de trouver ce qu'elles ont en commun. Ce sont des femmes d'origines diverses, de sphères sociales différentes, qui toutes ont subi des violences physiques de la part de leur compagnon ou mari, pour certaines tellement dramatiques qu'elles en ont perdu la vie. Cela permet à la formatrice de travailler sur les idées préconçues qui sont véhiculées au sein de la société et qui font croire que dans certains milieux sociaux, les hommes sont plus violents que dans d'autres, alors que les violences conjugales existent dans toutes les cultures et à tout niveau social.

Après cela, la formatrice présente des photographies exposant le commencement d'une dispute et son enclenchement. Ces images impressionnent les femmes présentes et certaines manifestent fortement leur émotion (pleurs, colère...).

La formatrice leur propose alors de s'exprimer si elles le désirent, ce que font deux femmes : elles nous expliquent que ce qu'elles vivent dans leur vie de couple est très difficile, leur peur de toujours mal faire, la peur des réactions de leur conjoint, des conséquences pour les enfants qui reproduisent les comportements violents vis-à-vis de leurs frères et sœurs ou même à l'encontre de leur mère. La formatrice précise qu'il est essentiel de dialoguer avec les enfants lorsqu'ils sont témoins de ces brutalités afin d'éviter qu'ils ne les banalisent.



Tina Turner et son mari, Ike Turner



Tombe de Marie Trintignant

Ces femmes expriment aussi leur gêne de devoir expliquer ce qu'elles vivent, leur peur du regard des voisins, de la belle famille qui peut prendre parti contre elles... Elles se demandent si elles sont responsables des réactions de leur conjoint. La formatrice leur explique alors que certains hommes reproduisent le schéma qu'ils ont peut-être vécu ou observé chez leurs parents, d'autres n'arrivent pas à s'exprimer autrement que par les coups... En aucun cas, cela ne cautionne leur comportement et la femme subit ces violences sans en être responsable et sans les comprendre.

La formatrice leur parle ensuite du fonctionnement de la 'violence par paliers' qui explique l'engrenage de la violence aboutissant à l'agression physique. Généralement, cela débute par des

remarques sur la tenue vestimentaire, sur un repas, sur l'éducation des enfants... ; puis un geste lors d'une dispute, une réparation ensuite par des cadeaux, des justifications (« *c'est de ta faute... Sinon jamais je n'aurais osé...* ») ; ensuite les actes de brutalité deviennent de plus en plus graves pouvant mettre en danger la vie de la femme. Il ne faut pas oublier que pour beaucoup d'hommes agissant ainsi, la violence est aussi un moyen d'arrêter la communication, de ne pas être amené à parler avec l'autre.

Des femmes réagissent en affirmant qu'elles n'accepteraient jamais de telles violences, que rien n'autorise un homme à frapper ou à insulter sa femme. Une femme ayant vécu très longtemps sous le joug d'un homme violent explique que les femmes ne doivent pas se laisser faire et qu'il existe des associations qui peuvent les aider. La formatrice confirme. Ce qui nous amène à parler des infrastructures d'information et d'aide aux femmes en détresse.

Et après...

La spirale de la violence conjugale est souvent un carcan dont il est difficile de sortir... Pouvoir mettre des mots sur ce qu'on vit est déjà une étape importante qui, je pense, participe à la reconstruction de la personne par l'échange des vécus.

Suite à cette animation, certaines femmes ont fait des démarches auprès de diverses associations pour connaître leurs droits. Pour aller plus loin dans la démarche émancipatrice, il aurait fallu travailler le thème à plusieurs reprises et pousser plus avant la réflexion avec les participantes afin

Trouver des infos sur internet

Amnesty International présente un ensemble de fiches pour mieux définir la violence conjugale ainsi que les formes qu'elle peut prendre, pour analyser les éléments déclencheurs de la violence, les premiers signes, afin de mieux prévenir l'explosion d'une nouvelle crise violente, pour identifier les phases qui ponctuent le cycle de la violence, pour se renseigner sur la marche à suivre quand on est victime ou qu'on connaît une victime de violence conjugale, et enfin un mémo d'adresses et de numéros de téléphone utiles.

Accessible en ligne à la page : www.amnestyinternational.be/doc/article3417.html

Le site du **Centre de Prévention contre les violences conjugales et familiales** dispose d'un espace pour les professionnels et d'un espace pour les personnes privées qui proposent une série de fiches (les partenaires de la relation, que faire en tant que professionnel, que faire en tant que victime, en tant qu'auteur de violence, en tant que proche), une liste d'adresses d'associations spécialisées et de lieux d'hébergement, une réponse aux questions les plus fréquentes, une bibliographie...

Adresse du site : www.cpvcf.org

Le site **Aimer sans violence** de la **Direction de l'égalité des chances de la Communauté française** contient une série de fiches sur la violence dans le couple. Destinées aux jeunes, certaines peuvent également être utilisées avec des adultes. Elles proposent, dans une mise en page accrocheuse et un langage accessible, des explications sur la violence dans le couple (escalade, cycle de la violence...), un quiz, un 'test' pour 'évaluer' sa relation amoureuse, des témoignages, des conseils pour réagir, des infos sur l'égalité des sexes, son évolution et ce que font les gouvernements, un clip...

Adresse du site : www.aimesansviolence.be

qu'elles puissent avancer dans ce cheminement personnel qui a été ici entamé.

Pour terminer, je tiens à remercier mes collègues Naïma Ouazzani et Rolande Denis qui ont été à l'origine de la démarche ainsi que le Centre de documentation du Collectif Alpha pour son soutien dans mon travail de recherche et d'analyse.

Sandrine FRANCOTTE
Collectif Alpha Molenbeek

1. *Les violences faites aux femmes sont nombreuses : violences dans des situations de guerre, mutilations sexuelles, avortements ou abandons d'enfant de sexe féminin, prostitution forcée, violences conjugales, viols,...*

2. *La Voix des Femmes est une association qui a comme objectif de soutenir les femmes d'origine étrangère dans leur prise de conscience de leur situation économique et sociale et de leur donner les outils pour qu'elles puissent devenir des citoyennes actives et autonomes. Coordonnées : Rue de l'Alliance, 20 – 1210 Bruxelles – Tél : 02 218 77 87 – Courriel : lvdf@lavoixdesfemmes.org – Site : www.lavoixdesfemmes.org*

Equilibre alimentaire et hygiène de vie

Premières animations qui marquent le début d'une action en faveur du droit à la santé

Chaque individu a le droit d'exercer ses droits sociaux en connaissance de cause. Le droit à la santé, et en particulier le droit à une alimentation équilibrée et à une bonne hygiène de vie, est un de ces droits sociaux sur lequel les personnes en formation à Lire et Ecrire Centre-Mons-Borinage souhaitaient travailler. Les animations proposées autour de ces deux thèmes et la commission santé mise en place pour permettre aux participants intéressés de s'investir davantage ont permis de ne pas en rester là et de mettre sur pied d'autres activités concrétisant l'accès à la santé pour tous.

Contexte et point de départ

L'alphabétisation n'est pas qu'un simple apprentissage de la lecture et de l'écriture. C'est aussi un instrument pour comprendre le monde dans lequel nous vivons et pour développer des stratégies de changement social. C'est dans ce contexte que nous avons mis en place il y a 3 ans une commission participative des apprenants.¹

C'est par le biais de cette commission que nous avons consulté les personnes en formation dans notre régionale sur les thématiques qu'elles souhaitaient aborder collectivement. Un des thèmes retenus suite à un référendum organisé par les représentants des apprenants à la commission était la santé. Pour connaître les attentes de chacun et la manière dont il souhaitait voir aborder cette question, une nouvelle enquête a été réalisée. Le dépouillement de cette enquête a fait apparaître que c'étaient l'alimentation

et l'hygiène qui remportaient le maximum de suffrages auprès des apprenants.

Mise en place des activités

La mise en route des animations s'est déroulée de la même manière pour les deux thèmes. L'animatrice chargée de la problématique santé au sein de la régionale est passée dans les groupes pour informer les apprenants.

Les interventions et les animations ont eu lieu en collaboration avec l'Observatoire de la santé de la Province du Hainaut, la Ville de La Louvière², Santé 21³ et le Centre local de la Promotion de la Santé de Mons-Soignies. Ce partenariat a apporté un soutien dans l'élaboration des animations mais également une réflexion plus globale sur la démarche poursuivie.

Les supports d'animation ont été choisis pour leur diversité afin que chaque

apprenant puisse trouver un point d'accroche qui lui convienne.

Les dates des animations santé, mais aussi de toutes les activités organisées par la régionale, ont été notées dans l'*agenda des apprenants*. Cet agenda permet aux participants de se situer dans le temps et de choisir ce à quoi ils souhaitent participer. Elaboré dans le cadre de la formation, il est aussi conçu pour que les participants puissent y noter leurs activités privées, ce qui leur permet une meilleure gestion de leur emploi du temps et une meilleure articulation formation/vie sociale et familiale.

Chaque stade de l'activité était évalué en groupe au début de la séance qui suivait, ce qui permettait aux personnes n'ayant pas participé à une séance de recevoir un minimum d'informations pour reprendre le train en marche et à celles qui étaient présentes de se réapproprier la démarche et son contenu de manière dynamique.

L'alimentation

Trois cycles ont été proposés aux participants d'octobre à décembre 2006 :

1. l'impact de l'alimentation sur la santé
2. qu'est-ce qu'une bonne alimentation, que manger et comment ?
3. les régimes 'plaisirs' et les régimes 'dangers'.

Chaque cycle se composait de quatre séances, à raison d'un après-midi par semaine. Chacune des séances faisait l'objet d'une animation spécifique sur le thème choisi :

- 1ère séance : intervention de professionnels sur leur lieu de travail ou dans les locaux de la régionale (diététicienne, médecin, infirmière) ;

- 2ème séance : projection de séquences filmées (exemples : le film *Super size me*, des extraits d'un DVD sur les petits déjeuners) ;

- 3ème séance : animation à partir de jeux tels que le quiz des Mutualités chrétiennes *Gargouilli*, un jeu sur la pyramide alimentaire,... ;

- 4ème séance : évaluation et préparation de fiches-synthèses pouvant servir comme outils de référence pour une alimentation équilibrée.

Et en activité finale, les participants ont organisé un repas de fin d'année où étaient mis en pratique les préceptes alimentaires travaillés durant tout le semestre. L'ensemble des apprenants de la régionale ainsi que les partenaires des animations santé (ainsi que d'autres partenaires de Lire et Ecrire), y étaient cordialement invités ! Lors de cette fête, une exposition sur le sucre dans l'alimentation, un quiz-concours sur l'équilibre alimentaire, la farde contenant les fiches-synthèses des animations... étaient proposés pour sensibiliser l'ensemble des participants au travail réalisé par le groupe santé.

L'hygiène de vie

Le projet santé développé en 2006 s'est poursuivi avec la question de l'hygiène au cours du premier semestre 2007. Les animations avaient plus précisément pour thèmes :

1. l'hygiène, c'est quoi ?
2. l'hygiène des mains et le métier d'hygiéniste
3. les soins à donner aux bébés
4. l'apprentissage de la propreté des petits
5. les adolescents et la puberté.



Repas diététique de fin d'année

Ces animations ont pu être réalisées grâce à la mise en place de nouveaux partenariats avec des organisations spécialisées dans le domaine : l'asbl Question Santé, l'ONE et l'Hôpital de Jolimont.

Implication des participants

Les initiatives partent toutes de la commission participative. Ce sont les participants eux-mêmes qui s'informent entre eux. Les enjeux et la finalité sont également discutés et négociés collectivement avec les apprenants. Les décisions sont prises en commission et les délégués informent leurs groupes respectifs. Lorsque certaines initiatives ou contacts sont pris par l'équipe pédagogique, chaque formateur en informe les groupes dont il est responsable.

De manière à structurer au mieux le travail autour de la santé, une sous-commission 'santé' réunissant des apprenants attachés à cette thématique a vu le jour début 2007. Cette commission a repris la préparation des animations santé qui sont ensuite proposées à l'ensemble des stagiaires. Un travail d'appropriation du thème de l'animation est réalisé en commission. Celui-ci se concrétise par la rencontre de personnes ressources, la recherche et la lecture de documents, la simplification de l'information, etc.

De nouvelles activités, de nouveaux partenariats

Une attente particulière des apprenants était de pouvoir mettre sur pied un atelier autour du lien entre l'exercice physique et la santé. Pour y répondre, un **atelier Bouger, c'est bon pour la santé** a été organisé durant le congé de Pâques, en avril 2007.

La préparation de l'atelier s'est faite en partenariat avec l'asbl Promusport de la Ville de La Louvière et Infor Santé. L'animation a été réalisée en partenariat avec les Mutualités chrétiennes. L'objectif était de montrer qu'il est possible de pratiquer du sport à moindres frais et que la pratique d'une activité physique est accessible à tous. La question de la pratique sportive à domicile, seul ou en famille, sans budget spécifique – contrairement à l'inscription dans une salle de sport – a été débattue avec les participants.

Durant le second semestre 2007, la commission santé a développé deux actions spécifiques :

1. la **visite** du salon *Eglantine* en novembre 2007 à La Louvière **sur le thème de *L'eau source de vie... A la découverte de l'or bleu !*** Suite à cette visite, les participants se sont lancés dans la réalisation d'un DVD où ils témoignent de l'intérêt d'être acteurs dans des animations santé. Ce DVD pourra servir d'outil pédagogique, notamment dans les groupes d'alphabétisation.

2. l'élaboration d'un **partenariat avec les *Magasins Citoyens* du CPAS de La Louvière** dont l'objectif était de faire connaître cette structure au public en formation à Lire et Ecrire. Dans un premier temps, la brochure de présentation du CPAS a été retravaillée avec les apprenants pour la rendre accessible à un public en difficulté de lecture et d'écriture et, depuis janvier 2008, les activités 'bien-être' des *Magasins Citoyens* – coiffure, esthétique, restaurant diététique, zen (relaxation, massage...) – sont proposées aux apprenants de Lire et Ecrire à des conditions intéressantes.



Les Magasins Citoyens



Echange de pratiques

L'Observatoire de la Santé du Hainaut a souhaité faire part de notre travail sur les questions de santé à l'ensemble de ses partenaires. Dans ce cadre, l'animatrice santé et la coordinatrice pédagogique de la régionale ont eu l'occasion, en décembre 2007, de présenter à ces associations la manière dont, à Lire et Ecrire, on travaille sur ce thème avec les stagiaires. L'intérêt de la démarche était principalement de pouvoir échanger sur nos pratiques respectives : d'une part en faisant connaître nos animations santé dont ces associations – qui travaillent avec un public assez semblable au nôtre – pourraient s'inspirer, et d'autre part en récoltant auprès d'elles des idées d'actions que nous pourrions à notre tour mettre en œuvre.

Un premier bilan

A Lire et Ecrire, nous ne sommes pas des experts pour traiter des questions de santé. Cependant, la demande d'y travailler venant des apprenants, et conscients qu'une partie de notre public n'a pas accès à l'information et se sent exclu de nombreuses actions, nous avons décidé de relever le défi.

Pour nous y aider, nous avons établi un certain nombre de partenariats. Grâce à

ceux-ci, nous avons pu faire un 'tri' dans la masse d'informations sur le sujet (informations parfois contradictoires !) et travailler en tandem avec les partenaires et les apprenants pour rendre l'information accessible.

Ces partenaires nous ont aussi fait découvrir un grand nombre d'outils pédagogiques (jeux, DVD,...) qui nous ont permis d'aborder de manière originale toute une série de questions autour de la thématique santé, très souvent liée à l'identité culturelle (alimentation, hygiène,...).

Il s'agit là d'une belle expérience de partage de connaissances et de collaborations qui nous ont permis de nous enrichir mutuellement.

Equipe pédagogique Lire et Ecrire Centre-Mons-Borinage

1. Voir : *Une commission participative déjà bien rôdée... mais qui ne cesse d'évoluer*, in *Journal de l'alpha*, n°153, juin-juillet 2006, pp. 48-51.

2. Dans le cadre du programme Villes-Santé de l'OMS, la Ville de La Louvière a développé un projet 'santé' en créant, avec les acteurs locaux et les institutions, un programme d'actions permettant de mener des activités pour promouvoir la santé.

3. L'appellation 'Santé 21' vient du Programme 'Santé Pour Tous' de l'OMS qui, en 1998, a défini 21 buts à atteindre en matière de santé pour le 21ème siècle.

Opération « toilettes propres »

Suite à l'interpellation répétée d'apprenants concernant la propreté des sanitaires, un groupe d'apprenants s'est décidé, après une discussion animée sur la question, à produire une affichette à placer dans les WC pour sensibiliser tous les usagers à l'importance de respecter la propreté des lieux. Ce groupe, constitué de personnes en formation dans différents groupes d'alphabétisation de Lire et Ecrire Hainaut occidental à Tournai, s'est réuni à deux reprises pour concevoir l'affichette.

L'enjeu d'une telle activité est de mettre en action un des fondements de l'éducation citoyenne : agir là où on est, ensemble, pour transformer son environnement et exercer ainsi pleinement son droit à la participation. Au départ, des plaintes, une insatisfaction régulièrement rapportée dans les groupes de formation. A l'arrivée, un résultat concret. Et entre les deux, le développement d'un projet spécifique qui permet à des personnes mobilisées de s'organiser, se concerter, proposer une solution concrète et la mettre en œuvre.

Création du groupe

Compte tenu du fait que les toilettes sont nettoyées quotidiennement, il nous a semblé évident qu'il s'agissait essentiellement d'un problème d'utilisation et de non respect de la propreté par les utilisateurs. Les formateurs ont alors proposé aux apprenants intéressés de se mettre ensemble et de créer un groupe de travail qui leur donnerait l'espace et les ressources nécessaires pour rechercher une solution au problème posé.

L'association a mis à leur disposition un animateur pour leur permettre de se retrou-

ver pour analyser la situation, chercher des solutions, définir un projet d'action et le mettre en œuvre. Le groupe a décidé de sensibiliser l'ensemble des utilisateurs à conserver les toilettes propres par le biais d'une affiche. L'association a alors mis à leur disposition un graphiste chargé de concevoir l'affiche avec eux et de la réaliser.

Première séance

L'objectif de la séance est de permettre aux apprenants d'être créatifs. La méthode des associations, choisie ici, laisse de la place à l'expression libre.

1. Tour de table : chacun se présente et dit pourquoi il est motivé à participer à ce groupe de travail.
2. Historique : on se rappelle les faits, les réactions et les réponses déjà apportées.
3. Brainstorming : « Quels sont les autres mots que nous connaissons et que nous utilisons pour les mots 'toilettes' et 'propres' ? »

L'animateur donne des consignes de recherche pour aider le groupe : synonymes, mots d'argot, du langage quotidien, qualificatifs

qui accompagnent ces mots, etc. « Que trouve-t-on dans les toilettes ? » et « Comment s'occupe-t-on aux toilettes ? ».

Production :

- Toilettes = petit coin, WC, water-closet, trône, cabinet, latrines, vécé, lieu d'aisance, pissotière, petit endroit, dame pipi, aller voir Jules, couler un bronze, faire pleurer le colosse, secouer Popol, faire ses besoins, se repoudrer le nez, aller se laver les mains, se soulager, faire vidange, aller là où le roi va à pied, aller au djoc,...

- Propres = hygiène, respect, propreté, net, blanc, sale, clean, cra, crasses, dégueulasse, pourcheau,...

- Ce qu'on trouve dans les toilettes = araignée, mouche, cuvette, lavabo, essuie-mains, brosse (ou brossette), papier Q (PQ), chasse d'eau, carrelage, canard WC, désodorisant,...

- Occupation à la toilette = lire, fumer, siffler, chanter... s'y réfugier (« pour pleurer »)

4. Mots-clefs, analogies : chacun individuellement, puis avec l'aide du groupe recherche 3 mots qui font penser à 'toilettes' et à 'propres' mais qui viennent d'un autre monde, d'une autre famille...

Une affiche *Laissez-vous emporter par la lecture* où on voit des livres s'envoler... est montrée en exemple. « Donnez les idées les plus folles, les plus farfelues, les plus absurdes, les plus loufoques... Chacun cherche sans retenue ! »

Production :

- Chute d'eau, tornade, tempête, vent
- Au bord de la mer, sous les vagues, sur le bateau, plage, palmier, mouette, îlot
- Ruisseau, sous la pluie, bleu
- Dans les lieux, dans le trou, sur le pot

- Derrière le village, au champ

- Chien, mouche

- Soleil, étoile

- Brun, jaune, crème

- ...

Les deux premières familles de mots sont retenues par le groupe.

Constats à l'issue de la première séance :

La technique utilisée s'est avérée un peu difficile à mettre en œuvre car la spontanéité nécessaire pour libérer la créativité se heurte à la nécessité de clarifier le vocabulaire. Il faut accorder un temps certain à préciser les mots utilisés, pour garantir la compréhension par chacun. Ce temps pèse à certains moments sur la dynamique de l'activité.

A contrario, la richesse d'une telle activité est qu'elle permet d'intégrer un travail important de la langue (enrichissement du vocabulaire) dans une activité significative et motivante.

Deuxième séance

1. Lecture du compte-rendu et rappel du travail déjà effectué.

2. Planning pour le suivi.

3. Travail en deux sous-groupes :

- 1ère étape : « Détaillez au maximum les deux familles de mots retenues. Cherchez des détails pour les qualifier, les (re)nommer, les enrichir ».

- 2ème étape : « Proposez un projet d'affiche ou du moins une esquisse d'un visuel et d'un slogan ».

La nécessité de clarifier le vocabulaire est ici accrue puisqu'il s'agit d'étoffer les associations de mots en y ajoutant des qualificatifs. Certaines personnes éprouvent

de réelles difficultés et se placent alors en spectateurs de l'activité des autres.

4. Présentation au grand groupe des deux productions

Le groupe procède à une analyse critique à partir des questions suivantes : Quel impact ? Que peut-on comprendre ? A qui s'adresse l'affiche ? Est-ce réalisable ? Sur cette base, il décide de continuer le travail de recherche sur le projet 'au bord de la mer'.

Après ce travail créatif, plutôt subjectif, succède une étape où on élague les productions... en toute objectivité, pour arriver à un résultat satisfaisant par rapport aux objectifs fixés.

5. Travail en grand groupe sur l'enrichissement à apporter à l'ébauche de l'affiche qui montre un îlot avec un palmier, illuminé par un grand soleil... et un WC sale qui fait tâche dans le décor paradisiaque.

6. La critique de l'affiche et la recherche d'un slogan 'allant avec' oriente le groupe vers un autre projet proposé par le graphiste : montrer un visage marquant sa désapprobation, son dégoût face à la saleté du WC et le même visage cette fois tout sourire devant la propreté. Mais quel visage prendre ? Le groupe décide après réflexion d'adresser une demande à la personne responsable de l'entretien des locaux qui accepte. Le groupe décide également que les mots 'sale' et 'propre' seront ajoutés sur l'affiche pour souligner les deux photos.

La décision de réaliser une affiche relativement simple du point de vue graphique est liée aux contraintes de ressources : la disponibilité du graphiste ne permet pas à cette étape de se lancer dans une réali-

sation complexe. Ceci est un autre aspect important d'une mise en projet qui se termine par un produit concret : il faut tenir compte des contraintes et les intégrer dans les décisions de production.

7. L'amélioration du message : le groupe choisit de placer sur le fond de l'affiche, en contraste plus clair, des mots qui évoquent les expressions 'propre' et 'sale', les raisons pour lesquelles chacun doit veiller à ce que les toilettes restent propres.

Recherche de mots :

- Sale : maladies, microbes, triste, méchant, fâché, pleurer, furieux, pourcheau, crasses, dégueulasse, nauséabond, irrespectueux, infection, champignons, puant, désagréable
- Propre : respect, hygiène, éducation, santé, net, clean, canard WC, blanc, parfum, agréable, parfait

Suivi de la réalisation

Le graphiste réalise une affiche sur base de ce qui a été décidé collectivement. Il la montre ensuite au groupe qui peut encore, à ce stade, proposer des modifications s'il n'est pas satisfait du résultat.

Une fois l'affiche terminée et approuvée, elle est présentée à l'ensemble des groupes en formation. Cette étape permet la valorisation du travail accompli et l'appropriation par chacun de l'objectif poursuivi. L'affiche est ensuite apposée dans les différentes toilettes.

Evaluation

L'évaluation réalisée portait tant sur l'ambiance de travail et la participation que sur les difficultés de progression dans la tâche,



lorsque l'on tâtonne et que l'on part dans l'inconnu. Elle montre l'importance d'arriver à un produit fini.

Quelques impressions :

- « Pas stressé, détendu, c'est sympa, comme un divertissement... »
- « Rien à dire, TB, bon avant-midi, détendu par rapport à une formation. »
- « C'est bien parce que tout le monde a donné son point de vue, tout le monde a participé. Je suis content car le groupe de travail a été basé sur les échanges. »
- « Serge (l'animateur) met les gens à l'aise. »
- « C'est bien, un peu difficile à cause du français. »
- « C'était bien, on a trouvé des idées ; ce qui était dur, c'était de trouver comment réaliser l'affiche, comment arriver à quelque chose... je me sentais un peu dans l'inconnu. »

- « Problème de significations de mots. »
- « J'espérais que l'affiche serait jolie et que tout le monde serait d'accord. Un peu pessimiste mais je pensais qu'on allait y arriver avec le temps. »

Conclusion

L'affiche a été placée dans les toilettes et semble porter ses fruits : la question de l'hygiène dans les toilettes semble réglée... du moins pour le moment. A suivre donc...

**Serge GRAMTINE, François DUFOUR
et Anne GODENIR**
Lire et Ecrire Hainaut occidental

Cultures & Santé

Une asbl de promotion de la santé

La santé reste influencée par de nombreux facteurs (économiques, sociaux, culturels et environnementaux), c'est pourquoi l'asbl Cultures & Santé développe des actions de promotion de la santé à différents niveaux et multiplie projets en partenariat et actions transversales. L'objectif est de décloisonner les secteurs et d'associer diverses ressources et compétences, tout en plaçant le citoyen en position d'acteur de changement, tant à un niveau individuel que collectif. L'asbl propose également des services aux associations qui désirent travailler sur le thème de la santé avec leur public : centre de documentation, accompagnement de projets et production d'outils d'animation.

Fin des années 70, un groupe de médecins, travailleurs sociaux et sociologues crée le *Centre socio-médical pour immigrés* en vue de faciliter l'accès à la santé des populations d'origine étrangère précarisées par la crise. Les difficultés liées à la langue et à l'organisation de la société accentuant encore la précarité de cette population, l'asbl inscrit d'emblée la dimension culturelle dans son action en proposant un service de traduction et d'information ciblée. Très vite cependant ce service s'autonomise au sein d'une autre structure. L'asbl devenue *Cultures & Santé* développe alors des activités d'éducation – informations, formations et animations santé – orientées vers les personnes-relais, les acteurs de terrain, les écoles et les associations. Un centre de documentation spécialisé est également mis sur pied. Les activités de *Cultures & Santé* s'inscrivent ainsi dans la droite ligne des nouvelles conceptions en matière de poli-

tique de santé, particulièrement celles qui portent sur la promotion de la santé (*voir encadré*).

Cultures & Santé vise l'amélioration de la santé de tous par une action centrée sur l'ensemble des déterminants de la santé – environnement, emploi, logement, éducation et culture – et oriente ses activités vers la poursuite de cet objectif : mise en place d'actions qui renforcent les capacités individuelles par une démarche informative et éducative adaptée, mais également par des interventions sur le contexte politico-social telles que les actions sur les milieux de vie, le renforcement des dynamiques communautaires, le lobbying pour le développement de politiques publiques saines et la lutte contre les inégalités en matière de santé. En continuité avec son projet d'origine, l'asbl développe parallèlement une expertise spécifique dans le champ de l'interculturalité en lien avec les questions de précarité.

Vers une nouvelle conception en matière de santé : la promotion de la santé

La Charte d'Ottawa

La *Charte d'Ottawa* issue de la *Première Conférence internationale pour la promotion de la santé* réunie à Ottawa sous l'égide de l'OMS en novembre 1986 marque une étape importante dans la réflexion sur l'amélioration de la santé des populations vivant dans les pays industrialisés.

Cette conférence est avant tout une réaction à l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement de santé publique, les professionnels du secteur de la santé ainsi que d'autres acteurs de terrain observant que, malgré l'amélioration des systèmes de soins de santé, la santé des citoyens n'évolue plus. Ils reconnaissent que l'approche classique, biomédicale, qui envisage la santé comme une absence de maladie, doit être complétée et enrichie et que l'amélioration de la santé des populations doit passer par des politiques transversales qui tiennent compte de différents déterminants tels que le logement, l'emploi, l'éducation, la culture et l'environnement.

Avec la *Charte d'Ottawa*, on parle désormais de promotion de la santé, conçue comme un « processus qui confère aux populations les moyens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci ». La santé devient un capital qu'il faut préserver, une ressource, un état de bien-être permettant à l'individu et à la communauté de satisfaire leurs besoins, d'évoluer et de s'adapter au milieu.

Le Décret portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française

Le 14 juillet 1997, la Communauté française de Belgique définit ses missions dans un décret, organisant la promotion de la santé. L'administration se dote également d'un *Programme quinquennal* définissant les axes prioritaires d'actions et les stratégies à développer en promotion de la santé dont les finalités sont la réduction des inégalités face à la santé et l'amélioration de la qualité de vie de tous. Ce décret est essentiel car il permet d'envisager la santé dans sa globalité, d'identifier les facteurs qui influencent l'état de santé, de sortir la santé du champ strict des soins et d'ouvrir largement le champ aux autres secteurs.

Parallèlement à ces dimensions plus collectives, la promotion de la santé envisage le citoyen comme un acteur disposant, à des degrés divers, d'une capacité d'agir sur sa santé. La société civile, par l'intermédiaire de tout son secteur associatif, sera amenée à soutenir les citoyens plus vulnérables dans une démarche d'autonomisation individuelle et collective.

Déclaration de Namur pour des politiques communales de santé

Le 17 juin 2000, la Ministre de l'aide à la Jeunesse et de la Santé de la Communauté française transmet à 160 mandataires communaux rassemblés à Namur son souhait que les pouvoirs politiques et communautés de citoyens soient actifs dans la promotion de la santé et l'amélioration de la qualité de vie en initiant ou favorisant des interventions sur des facteurs déterminants de la santé comme l'environnement, l'éducation, l'aide sociale, l'emploi ou la culture. Pour être au plus près des préoccupations des citoyens, tenir compte des particularités et des spécificités locales, la promotion de la santé doit en effet être organisée au niveau communal, via le développement de politiques locales de santé.



© Cultures & Santé asbl

Reconnue depuis sa création comme association d'éducation permanente, *Cultures & Santé* défend l'idée que les populations sont dépositaires d'une lecture du monde et d'un savoir construit sur leur expérience de vie qu'elles peuvent mobiliser pour la construction d'une société plus juste et plus solidaire.

Cultures & Santé n'est pas prioritairement une structure de terrain mais développe une expertise en matière de soutien et d'accompagnement. Dans cette perspective, elle met sur pied des projets-pilotes et des recherches-actions susceptibles d'alimenter la réflexion, de valider des hypothèses, d'identifier de nouveaux besoins et de mesurer la distance de la théorie à la pratique. Elle met ainsi ses compétences professionnelles au service de la population et contribue à la création de nouveaux savoir-faire, au développement de la citoyenneté en créant des espaces et des dynamiques qui permettent à chacun d'être acteur tant à un niveau individuel que collectif. Les interventions de *Cultures & Santé* visent

cependant prioritairement le niveau intermédiaire des relais, les acteurs de santé ou professionnels des autres secteurs et les décideurs politiques.

Ainsi, pour atteindre ses objectifs, l'institution organise ses secteurs d'activités selon deux axes principaux déployant chacun des démarches spécifiques : d'une part, un axe d'intervention directe sur un quartier du centre de Bruxelles (le quartier Senne), et d'autre part, un axe d'appui en termes de ressources, de formation, de méthodologie et d'expertise.

Axe d'intervention directe

Le *Babel Café*, ancré dans le quartier Senne à Bruxelles, est un espace ouvert sur le quartier, ses habitants et ses acteurs associatifs. Ce quartier urbain est caractérisé au niveau socio-économique par de faibles revenus, un nombre important d'allocataires sociaux, des logements au confort minimum voire insalubres, un faible niveau d'instruction et

une forte concentration de personnes d'origines culturelles diverses.

Cette multiculturalité influe sur notre approche des publics, de leurs représentations et de leurs systèmes de valeurs et nourrit en permanence notre réflexion sur notre démarche, ses qualités et ses potentiels mais aussi ses limites. Il ne s'agit évidemment pas de faire preuve d'un culturalisme réduisant les individus à leur culture, ce qui en soi est une position ethnisante très dangereuse pour la démocratie, tout autant que la défense d'un universalisme qui gomme tout autre système de valeurs que le système dominant et nie par conséquent les capacités des groupes les plus vulnérables de notre société à devenir acteurs de changement.

Cette diversité culturelle questionne nos certitudes et nos illusions, nous oblige à produire des solutions métissées favorisant la capacité de chacun à devenir acteur et à faire émerger ses potentialités créatrices. L'approche communautaire de la santé nous oblige en outre à multiplier les démarches visant la mobilisation, la participation et l'implication des habitants aux différents niveaux d'un projet, à viser la création d'un réseau d'habitants-relais, personnes identifiées comme leaders et capables de mobiliser les autres habitants du quartier. Pour mener à bien les projets de santé communautaire, nous développons également des partenariats avec le tissu associatif et les pouvoirs publics locaux. La rencontre entre les acteurs de terrain, les politiques et les habitants du quartier sur des problématiques collectives clairement identifiées constitue un préalable à tout changement social.

Le *Babel Café* s'organise actuellement autour de deux thèmes, le soutien à la parentalité et le soutien à l'expression et à la créativité, visant tous deux le développement personnel et le développement communautaire.

Le soutien à la parentalité

Nous avons proposé cette année un *Ciné-parentalité*. Les séances ont lieu une fois par mois, elles sont un moment de détente en famille et entre voisins. Les films choisis peuvent aussi servir de point de départ de discussions qui ont lieu au *Babel Café*. Un moment hebdomadaire est réservé aux parents, grands-parents, ou à tout adulte impliqué dans une fonction parentale. Le *Café des parents*, gratuit et libre d'accès, est ainsi un lieu d'expression, de rencontres et d'échanges de savoirs autour de l'éducation des enfants dans un esprit de convivialité.

Ces échanges de paroles entre parents soulèvent souvent des problématiques collectives. Notre rôle, outre de faciliter la communication et la mise en commun de difficultés, est alors de favoriser la



© Cultures & Santé asbl

coopération, la recherche de solutions ayant un impact sur le quartier. L'articulation entre l'identification des problèmes par le groupe et notre capacité à mobiliser le groupe autour de la construction d'un projet constitue une étape décisive et un enjeu essentiel de notre démarche.

Le soutien à l'expression et à la créativité

Ce volet se concrétise, quant à lui, par la mise en place d'ateliers tels que *l'Atelier Créastyle* (création de vêtements et échange de savoirs) et *l'Atelier Terre*. Par des activités créatives, de rencontre, d'expression et d'échanges des savoirs issus de l'expérience de vie, ces ateliers visent le développement de l'estime de soi, du pouvoir d'agir, du bien-être individuel et de celui de la communauté. Ils permettent également de réaliser tout un travail de construction identitaire et de mener un travail de mémoire sur les émotions et les pratiques liées au pays 'd'où l'on vient' pour les adapter au pays 'où l'on vit'. Ce travail de mémoire s'accompagne d'une réflexion sur les pratiques et identités métissées ainsi que sur la transmission des savoirs notamment entre mères et filles.

Axe d'appui

Centre de documentation spécialisé

Le Centre de documentation offre aux professionnels, relais et étudiants du secteur de la santé, du social et de l'éducation, des ressources pédagogiques et documentaires autour de thématiques articulant santé, précarité et altérité. Il offre également un accompagnement méthodologique en matière de recherche documentaire.

Des matinées découverte d'outils sont organisées régulièrement afin de répondre au mieux aux attentes et demandes du secteur. Les sujets abordés sont variés (alimentation et précarité, soutien à la parentalité...) et, dans la mesure du possible, les auteurs d'ouvrages spécifiques ou les concepteurs des outils sont invités à présenter leurs productions.

Le Centre de documentation diffuse également une lettre d'informations mensuelle présentant ses nouvelles acquisitions mais aussi les événements du secteur (colloques, conférences, formations...).

Appui méthodologique et accompagnement de projets

Cultures & Santé propose également un accompagnement aux institutions, professionnels et acteurs de terrain souhaitant développer un projet de promotion de la santé auprès des populations vulnérables. Cet accompagnement prend des formes multiples en fonction des demandes exprimées : participation à un comité de pilotage, formation de relais, construction d'un projet en partenariat avec une institution, une commune...

Production d'outils d'éducation permanente et de promotion de la santé

La création d'outils en **promotion de la santé** trouve généralement son origine dans des demandes fréquentes issues des acteurs de terrain. *Cultures & Santé* a ainsi produit de nombreux carnets didactiques autour de thèmes tels que le diabète, la chaleur et la température, les maladies liées à l'alimentation, la connaissance du

La consommation de l'eau dans la maison



© Cultures & Santé asbl

corps, la contraception. D'autres outils ont été élaborés pour répondre à des demandes spécifiques comme le sommeil, la relation soignant-soigné, l'utilisation et l'accès aux services de soins de santé. Ces demandes ont été retravaillées au sein du service en impliquant, dans la mesure du possible, les professionnels à l'origine de la demande. Cette démarche participative permet d'être au plus près des préoccupations du public et de développer des supports adaptés. Ainsi, par exemple, pour les publics en difficulté de lecture et d'écriture, nous privilégions la communication visuelle et adaptions les outils pour les rendre accessibles.

Chaque production est accompagnée d'un guide méthodologique permettant une utilisation par tous les professionnels de la santé mais également du social et de l'éducation des jeunes et des adultes. Un accompagnement à leur utilisation fait aussi partie des missions du Centre de documentation.

Dans le cadre de sa mission d'éducation permanente, Cultures & Santé réalise et diffuse annuellement une dizaine de productions répondant aux objectifs du décret de la Communauté française. Ces productions concernent la conscientisation aux problématiques du développement durable (le tri des déchets, l'eau), l'ouverture à une lecture globale de la santé – incluant l'ensemble des déterminants sociaux et environnementaux et favorisant l'accès à des ressources locales en lien avec ces facteurs – et la sensibilisation à la diversité des pratiques culturelles (l'alimentation, le crachat,...). L'association prépare également une publication, qui sera réalisée à partir de récits de vie de femmes immigrées de première génération, sur le regard qu'elles portent sur leur vieillissement ici, en Belgique.

Carol ETIENNE et Marjolaine LONFILS
Cultures & Santé

Le Centre de documentation de Cultures & Santé est ouvert au public le mercredi et le vendredi de 9h à 16h30 et les autres jours sur rendez-vous.

Adresse : Rue Gallait 60 – 1030 Bruxelles
Téléphone : 02 558 88 10

Courriel : info@cultures-promosante.be
Site internet : www.cultures-promosante.be

Question santé

Une asbl qui met ses compétences et connaissances au service des associations

Le service Education permanente de l'asbl Question Santé propose aux associations et au grand public des brochures, des panneaux d'exposition et des animations sur des questions de société liées à la santé et à la qualité de la vie.

En 2005, le service éducation permanente de Question Santé lançait le projet Questions de société... Questions de santé.

L'objectif de ce projet était d'inviter à des prises de conscience et à des débats sur des questions liées à des déterminants de santé comme les conditions socio-économiques, les liens sociaux, l'environnement physique...

La santé ne se résume en effet pas à l'absence de maladie ou à une histoire de soins médicaux. Elle n'est pas non plus uniquement reliée aux comportements individuels comme le fait de manger sainement ou de ne pas fumer, par exemple.

Les sujets traités s'inscrivent dans des enjeux essentiels pour le devenir de notre société tels que l'interculturalité, les paroles des usagers, la marchandisation, l'égalité entre les femmes et les hommes, l'exclusion...

Les brochures

Certaines brochures partent de témoignages d'acteurs qui montrent que des initiatives pour améliorer la qualité de vie existent déjà, sont possibles.

D'autres décortiquent des mécanismes à l'œuvre dans la société. Elles abordent des questionnements en présentant différents intérêts en jeu, des impacts éthiques, l'évolution historique, des analyses d'auteurs...

Enfin, des brochures sont écrites à partir de la tenue de tables rondes. Elles donnent aux participants le rôle de témoins pour entamer une réflexion sur un sujet donné.

Les animations

Leur objectif n'est pas d'apporter des recettes toutes faites face à des questions posées, mais de provoquer des réflexions collectives. Les méthodes sont interactives et adaptées aux participants. Suivant l'investissement souhaité, il peut s'agir d'animations ponctuelles ou d'un cycle de plusieurs animations où la thématique est travaillée plus en profondeur. Nombreuses sont les collaborations possibles.

Les formateurs peuvent faire appel à *Question Santé* pour des animations sur des sujets abordés dans les brochures.

L'association bruxelloise d'alphabétisation *Le Camélia* a par exemple demandé une

(suite p.65)

Les brochures déjà réalisées et classées en collections thématiques

Communication :

La santé fait vendre

Droits du patient, paroles des usagers :

Usagers du système de santé, à vous la parole

Santé mentale : paroles d'usagers

Convergences entre associations de patients et firmes pharmaceutiques ?

Egalité entre les femmes et les hommes :

Femmes et hommes face aux tâches ménagères

Etre père aujourd'hui

Hommes et femmes inégaux face à la dépression

Environnement physique :

Les antennes GSM

Pollution de l'air par les particules fines : quelle place pour les habitants ?

Pollution par le bruit

Liens sociaux :

Au temps de la retraite, emménager dans un habitat groupé

Les systèmes d'échange local : une source de mieux-être

Regards sur le vieillir en immigration

L'habitat kangourou

Les réseaux d'échanges de savoirs, loupiotes d'espoir ?



Ethique :

Tabac, faut-il faire peur ?

Médicalisation des troubles de comportement : instrument de contrôle social

Interdire ou ne pas interdire de fumer

Des puces RFID dans le corps humain ?

Exclusion/insertion :

Séropositifs et malades du SIDA :

ne pas ajouter le poids de l'exclusion à celui de la maladie

Etre adulte aujourd'hui. Question de maturité ou de pouvoir d'achat ?

Qualité de vie en camping ou en parc résidentiel

Histoire :

Fumer à travers l'histoire : du prestige à la culpabilisation

Santé et alimentation : un duo déjà ancien et toujours d'actualité

Marchandisation :

Publicité pour les médicaments : soyons vigilants

Le corps, cible du marketing

Le tabagisme, une épidémie industrielle

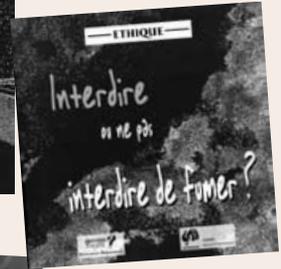
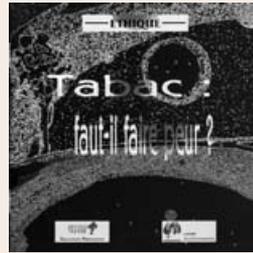
Société interculturelle :

Des femmes d'horizons différents face à la contraception

Femmes immigrées et dépistage du cancer du sein

Paroles sur... mourir en exil

Paroles sur... la diversité en maison de repos



animation en lien avec les brochures *Regards sur le vieillir en immigration* et *Paroles sur... Mourir en exil*. Des questions comme « que signifie 'vieillir' ? », « comment se sent-on



quand on est vieux ? », « quelles sont les réalités, les difficultés, les ressources des personnes âgées ? » ont pu être abordées avec les participants. Ils ont pu exprimer et partager leurs expériences, leur vécu et leurs attentes. Ces questions ont ensuite été reprises et développées par les formateurs dans les cours d'alphabétisation.

Des animations peuvent également être conçues sur des thèmes non enco-

re abordés et qui ont trait à la qualité de la vie. Les témoignages recueillis lors de ces animations pourront servir à la création d'une nouvelle brochure produite par *Question Santé*.

La brochure *Le corps, cible de marketing* a ainsi été réalisée à la demande d'une association d'insertion socioprofessionnelle qui souhaitait aborder le sujet de l'hygiène. Un



module de trois animations avec les femmes de ce groupe a mis en question de façon dynamique et interactive les soins au corps et l'hygiène : « qu'est-ce qui détermine nos habitudes en la matière ? », « en quoi le regard des autres nous influence-t-il ? », « quel est le rôle de la publicité ? » et finalement « qu'est-ce qu'être bien dans notre peau ? ». Ce module a ensuite servi de base à une animation à *Lire et Ecrire La Louvière*.

Dans la même perspective, un atelier d'écriture organisé par des formateurs alpha pourrait avoir pour objectif la production d'un texte ou de témoignages... susceptibles de servir de base à la réalisation d'une brochure.

**Isabelle DOSSOGNE
et Bernadette TAEYMANS
Question Santé**

Les **brochures** sont disponibles gratuitement et téléchargeables sur le site. Certaines thématiques sont également présentées sous forme de **panneaux d'exposition** ou de tableaux PowerPoint. Les panneaux peuvent être empruntés gratuitement pour une période déterminée.

Les **animations** sont également gratuites.

Contact :
Question Santé asbl
Service Education permanente
Isabelle DOSSOGNE
Rue du Viaduc 72 – 1050 Bruxelles
Tél : 02 512 41 74 – Fax : 02 512 54 36
Courriel : education.permanente@questionsante.be
Site : www.questionsante.be

Analphabétisme et santé

En 2006-2007, Gilles Henrard, alors étudiant en médecine générale et stagiaire dans une maison médicale à Liège, a mené un travail de recherche sur le lien entre analphabétisme et santé en vue de dégager des pistes d'action que les médecins généralistes pourraient mettre en œuvre pour réduire la 'fracture médicale'. Au cours de sa démarche, rapportée dans son travail de fin d'études que nous vous présentons ici, il a notamment consulté les apprenants de Lire et Ecrire Liège et Lire et Ecrire Verviers.

L'auteur commence par introduire le concept anglo-saxon de *health literacy* ou *niveau d'alphabétisation dans le domaine de la santé*, soit le degré de capacité d'un individu à obtenir, interpréter et comprendre des informations de base sur la santé et les services de santé afin de pouvoir prendre des décisions appropriées concernant sa santé.

Une compilation de recherches existantes montrant un lien possible (si pas de causalité, du moins de corrélation) entre le niveau d'alphabétisation et le niveau de santé permet à l'auteur de mettre en évidence les éléments suivants :

- la littérature médicale adressée aux patients serait trop difficile à lire pour un grand nombre d'entre eux ;
- l'analphabétisme en santé pourrait contribuer à l'iatrogénèse médicamenteuse (affection ou accident lié à une prescription de médicaments) et à la non adhérence thérapeutique ;
- les personnes faiblement alphabétisées en santé utiliseraient généralement moins les services de santé préventive ;
- l'analphabétisme en santé pourrait contre-carrer un bon échelonnement des soins ;

- l'analphabétisme en santé pourrait être un frein à l'autogestion des maladies chroniques.

L'auteur présente un modèle identifiant les différentes étapes au cours desquelles un patient est susceptible de quitter ou d'être exclu d'un processus de soins : conscience de la maladie, consultation d'un médecin, bon diagnostic du médecin, demande d'examen complémentaires, retour des résultats des examens, prescription correcte, achat des médicaments prescrits, traitement suivi jusqu'au bout, guérison. Tout au long de ce processus, le nombre de patients diminue régulièrement. En effet, si le nombre de patients atteints de la maladie est important, celui des patients pour lesquels le médecin pose le bon diagnostic est déjà nettement moindre, pour se réduire encore à l'étape de la prescription correcte, puis du bon suivi du traitement et, in fine, à celle de la guérison. D'où une différence considérable entre l'efficacité théorique et l'efficacité réelle d'un processus de soins.

L'auteur souligne que l'analphabétisme en santé est relié à l'exclusion sociale, même s'il ne s'y réduit pas. Les réponses apportées

doivent dès lors être globales et relèvent du domaine politique. Aussi les médecins généralistes n'ont-ils pas toutes les clés en main pour apporter des solutions. Mais ils pourraient néanmoins, de par la spécificité de leur fonction, prendre une place privilégiée dans la prise en compte du problème.

Pour connaître l'avis des intéressés eux-mêmes, l'auteur a rencontré des groupes d'apprenants de Lire et Ecrire Liège et Verviers qui se sont exprimés sur les difficultés qu'ils rencontrent, ont expliqué comment ils réagissent face à ces difficultés et ont formulé des conseils à l'intention des soignants.

Il en ressort que ce ne sont pas seulement les situations où interviennent la lecture et l'écriture qui posent problème mais toute situation de communication, comme le disait une apprenante : « *Les médecins, leurs phrases c'est du chinois* ». Ou comme a aussi dit à Gilles Henrard une de ses patientes hospitalisée : « *Docteur, ils parlent tous médecin ici !* ». Beaucoup d'apprenants n'avaient jamais parlé de leurs difficultés de lecture et d'écriture à leur médecin mais ils auraient apprécié que celui-ci leur en parle...

Une série de pistes sont ensuite proposées aux généralistes pour améliorer la communication avec le patient en difficulté de lecture et d'écriture. Celles-ci relèvent de la sensibilisation à la problématique, de l'attention portée aux difficultés des patients, des outils pour rendre le langage écrit et oral plus accessible.

Car le langage n'est pas neutre. Autour de lui se construisent des rapports de pouvoir, comme le dit par exemple Raoul Vaneigem, cité par l'auteur : « *Le champ sémantique est un des principaux champs de bataille où s'affrontent volonté de vivre et esprit de soumission. Le*

conflit est inégal. Les mots servent le pouvoir mieux que les hommes ne se servent d'eux. »¹ Jean-Marie Klinkenberg parle, lui, de l'insécurité linguistique qui découle de la confrontation avec le langage d'un domaine spécialisé, comme celui de la médecine. Il souligne la coexistence de deux fonctions pour le langage : une fonction instrumentale et une fonction sociale. « *Si les médecins de Molière parlaient latin, ils le faisaient certes pour des raisons techniques, mais le génie de Molière a été de faire voir qu'ils recouraient à cette variété de prestige pour exclure les patients et leur entourage de l'univers idéal qu'ils entendaient constituer et ainsi exercer leur emprise sur eux.* »²

L'auteur conclut en disant notamment qu'il faut réfléchir en terme de maîtrise de la langue, dont la langue écrite, dans le domaine de la médecine et que la prise en compte de l'analphabétisme en santé est susceptible d'améliorer différentes dimensions de la qualité des soins. Ce n'est rien d'autre que ce que réclament les apprenants quand ils demandent que leur médecin prenne plus le temps de leur expliquer et qu'il utilise des mots qu'ils comprennent.

Sylvie-Anne GOFFINET

Lire et Ecrire Communauté française

1. Raoul VANEIGEM, *Traité de savoir-vivre à l'usage des jeunes générations*, Gallimard, 1967.

2. Jean-Marie KLINKENBERG, *La langue et le citoyen*, PUF, 2001.

Gilles HENRARD, **Analphabetisme et Santé. Mise au point à l'attention du médecin généraliste**, Université de Liège, Médecine générale, Travail de fin d'études, DES 2005-2007, 45 p. + 16 p. d'annexes

La santé : pistes bibliographiques

La recension qui suit contient d'une part des ouvrages généraux qui proposent une réflexion sur la santé, en particulier sur les liens entre les personnes issues de milieux populaires, leur corps et la santé. Quelle vision ont-elles de la santé ? Quelles relations entretiennent-elles avec les professionnels de la santé ? Quels sont les impacts de la pauvreté, de la culture, de l'analphabétisme, des conditions de vie sur la santé ? Elle contient d'autre part des ouvrages centrés sur l'éducation à la santé ainsi que des outils susceptibles d'aider le formateur à mettre sur pied des animations santé. Le lecteur intéressé par des témoignages trouvera également quelques références dans cette recension.

Relations précarité-santé et analphabétisme-santé

DELIGNE Isabelle et le Club des bébés, **Grandir ensemble : Parents et tout-petits**, Editions Quart Monde, 1995, 192 p.



Ce livre témoigne d'un partenariat entre des familles de milieu très défavorisé et des médecins volontaires du mouvement ATD Quart Monde. Ensemble, ils ont créé le *Club des bébés*. « Le Club

des Bébés, c'était d'être ensemble... On faisait de la gym avec les bébés et on discutait de leurs maladies, de comment s'occuper d'eux, des questions de la vie quotidienne. Chacun apportait ses idées, on observait nos enfants, on interrogeait Isabelle et Martine, on savait qu'elles étaient docteurs. » « On

prenait des photos pour faire des albums sur le développement de nos enfants. On pouvait les montrer à tout le monde. C'est comme ça qu'on a mis les autres dans le coup, nos maris, des femmes qui n'osaient pas venir. Là, elles venaient. Au fur et à mesure, elles parlaient. » Témoignages, espoirs, peurs et joies sont exprimés par les parents dans ce livre dont l'objectif est de rompre le mur du silence qui entoure la grande pauvreté : « *Ce livre doit permettre aux parents d'oser parler de ce qu'ils savent. Que ceux qui ont vécu la même chose que nous puissent passer par-dessus la peur et la honte. »*

JOUBERT Michel, LOUZOUN Claude, **Répondre à la souffrance sociale : La psychiatrie et l'action sociale en cause**, ERES, 2005, 190 p.

Baliser la souffrance sociale, symptôme d'une société du profit qui ne sait pas partager, la repérer sous ses diverses déclinaisons, notamment dans le monde du

travail et de ses exclus, l'illustrer d'analyses accompagnées de réponses concrètes, tel est le but de l'approche tant sociologique que clinique proposée ici. Des soignants, des acteurs sociaux et des chercheurs confrontent leurs réflexions pour la résolution éthique d'un impératif catégorique : répondre aux souffrances des laissés-pour-compte de la justice sociale, toujours plus nombreux. Leur objectif est de dégager des voies nouvelles d'aide, de réhabilitation et de promotion, en s'efforçant de contrer les tendances individualisantes et psychologisantes en vogue dans l'action sociale et en prenant en compte ce que ressentent les personnes directement concernées. Pour cela, ils s'efforcent de comprendre les processus 'handicapants', les dynamiques de résistance ou de reconstruction ainsi que les raisons et la nature des difficultés rencontrées par un certain nombre de dispositifs d'aide ou de prise en charge, en particulier le système psychiatrique.

Apprendre à l'âge adulte et les enjeux du XXI^e siècle, Atelier de la Cinquième conférence internationale sur l'éducation des adultes CONFITEA, Institut de l'UNESCO pour l'Éducation, 1999, 437 p.

L'ouvrage reprend une série de 29 fascicules réalisée par *l'Institut de l'UNESCO pour l'Éducation* dans le cadre du suivi de *CONFITEA V (Conférence internationale sur l'éducation des adultes)*. Dix thèmes sont traités : démocratie et citoyenneté culturelle, qualité de l'éducation de base, alphabétisation et éducation de base, émancipation des femmes, monde du travail, environnement-santé-population, médias et culture, groupes particuliers, coopération internationale.

Le thème **Éducation des adultes : environnement, santé et population** est développé pp. 275-320.

PERRIN Burt, **Effets du niveau d'alphabétisme sur la santé des Canadiens et des Canadiennes : Étude de profil**, 1998, 20 p.

Effets directs (par exemple utilisation erronée des médicaments) et effets indirects (par exemple hygiène de vie) sont brièvement présentés dans cette étude.

Évaluation de l'applicabilité des nouvelles technologies de l'information et de la communication dans le domaine de l'éducation à la santé des adultes peu alphabétisés atteints de maladies cardiovasculaires, Groupe de recherche Alpha-santé, Université de Laval - Université de Montréal, 2002, 77 p.

Les auteurs recherchent les conditions idéales pour la mise en place d'un programme d'éducation à la santé utilisant les TIC. Trois enquêtes de terrain permettent diverses conclusions dont la plus évidente est qu'un accompagnement à l'utilisation est nécessaire. En annexe : les questionnaires et les grilles d'observation.

Éducation à la santé

TOUNGOUZ NEVESSIGNSKY Nadia, **Éducation à la santé et alphabétisation : Deux combats parallèles**, Institut J.-P. Lallemand, 2001, 106 p.

Mémoire de fin d'études sur des démarches d'animations santé, à destination de femmes apprenantes, dans le cadre de cours d'alpha organisés dans des écoles primaires à Forest par le *Collectif Alpha*.

Communication et promotion de la santé : Aspects théoriques, méthodologiques et pratiques, Question Santé, 1998, 194 p.

Ce livre présente une analyse critique de la communication médiatique sous l'angle 'publicité et modification de comportements', pose les questions éthiques et propose une série d'outils d'analyse et de démarches pédagogiques pour concilier santé et marketing, deux domaines aux valeurs opposées.

TINANT Nicole, **Guide de l'animation santé : Propositions pour travailler avec des groupes d'adultes peu scolarisés et/ou maîtrisant peu le français**, EVO - Cultures et Santé, 1993, 150 p.



Pédagogie de groupe pour mener les adultes peu scolarisés ou maîtrisant peu le français vers une meilleure gestion de leur santé et vers une meilleure communication avec le système de soins de santé.

Outils pratiques

Ces outils sont nombreux. En voici quelques-uns : d'abord ceux qui proposent une approche globale, ensuite ceux qui ont trait à un aspect spécifique de la santé ou des soins de santé.

Approche globale

Les voleurs de santé, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) - Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale, 1996

Mallette pédagogique d'éducation à la santé. Thèmes traités : le coeur, le sang, la respiration, la peau, l'alimentation, les dents, le sommeil, les vaccinations.

Les Soins, ADAP, Lecture-Ecriture Au Quotidien, 1990, 29 p.

Fait partie de la *Méthode VIDEAC* qui comprend des dialogues-vidéo, des commentaires et un guide pédagogique.

Médicaments

Jetez-en la moitié, vous en aurez encore trop !, Commission scolaire régionale de Chambly, Production Français 305, 1982, 36 p.

Dans ce cahier d'exercices, les apprenants sont invités à lire un texte sur la consommation de médicaments et à réaliser ensuite une série d'exercices d'écriture et de compréhension en lecture.

Vie quotidienne - hygiène

Le guide belge Sécurité et Prévention : 10.000 conseils pour éviter tous les accidents, AEC, 2006, 530 p.



Ce guide compile tous les conseils et les coordonnées des services de sécurité belges et traite d'un maximum de domaines de la vie quotidienne, allant de la prévention

des incendies à la protection des travailleurs, en passant par la sécurité des ordinateurs ou la sécurité alimentaire.

Le Diable de la Découverte, Calao Productions, 2003

Des caisses empilées, attachées les unes aux autres et posées sur roulettes renferment un outil pédagogique visant à faciliter l'accès à des connaissances fondamentales sur le fonctionnement du corps humain. Le matériel s'adresse à tous les publics, y compris aux adultes peu ou pas scolarisés. Les caisses contiennent du matériel didactique : buste de corps humain, différents modèles (cœur humain, circulation...), stéthoscopes, planches didactiques, atlas du corps humain, etc.

Calao Productions propose également une démarche pédagogique *Observer, Manipuler, Comprendre, Agir (OMCA)* pour l'utilisation du matériel qui fonctionne de la manière suivante : la question part de l'apprenant ; l'animateur ne répond pas à la question mais la lui renvoie en l'accompagnant (« Qu'est ce que vous en pensez ? », « Observez »...) ; les apprenants font des hypothèses, puis passent à la manipulation et c'est elle qui mènera à la réponse exacte. Chacun se retrouve ainsi en situation d'expérimenter physiquement et de découvrir quelque chose, même petit, en le comprenant par lui-même.



LABBE François, PELLETIER Lise, POULIOT Nadia, **Ma propre histoire d'hier à aujourd'hui : Matériel pédagogique sur l'hygiène corporelle**, Pratiques en alphabétisation-thématiques, Groupe en alphabétisation de Montmagny-Nord, 1991, 134 p.

Cet ouvrage présente également, pour chacune des activités, un texte théorique ou une proposition d'expérience facile à réaliser en classe, un questionnaire ou proposition d'exercices et un plan de discussion. Premiers soins, visite médicale, alcoolisme, alimentation, découverte du corps humain sont les thèmes abordés.

Vivre en santé (collection), Centre FORA, 1994

La collection *Vivre en santé* offre des textes faciles à lire, rédigés selon trois niveaux de difficulté de lecture. Un guide du formateur offre quelques suggestions d'activités.



Le tabagisme, Pratiques en alphabétisation-thématiques, COMSEP, 1996, 103 p.

Pour chacune des activités, cet ouvrage présente un texte théorique ou une proposition d'expérience facile à réaliser en classe, un questionnaire ou proposition d'exercices et un plan de discussion.

Alimentation

ROZZA Nathalie, CLOSON Francis, CASAGRANDE Daniella, **La grasse matinée**, Dossier pédagogique pour la campagne d'alphabétisation de Lire et Ecrire, Lire et Ecrire - FUNOC, 1989, 88 p.

Ce dossier pédagogique sur l'alimentation, déjà ancien, a été réalisé à une époque où il existait peu d'outils pour l'alphabétisation des adultes. Il propose des exercices variés d'éducation à la santé (les groupes d'aliments, l'équilibre alimentaire, les vitamines et sels minéraux, les besoins caloriques, les additifs, les excès, alimentaires, etc.) et de confection d'un budget alimentaire (nombreux exercices mathématiques et de comparaison) qui peuvent aussi mener à des réflexions et débats. La dernière partie propose des pistes de travail sur la publicité, les rapports Nord-Sud, ... dans une perspective d'alphabétisation conscientisante.

J'aime mieux perdre que gagner !, Atelier action-alimentation, Carrefour d'éducation populaire de Pointe St-Charles, 1981, 51 p.

Ce document a été réalisé par un groupe actif dans un des plus vieux quartiers ouvriers de Montréal. Le *Carrefour d'éducation populaire de Pointe Saint-Charles* est à la fois un lieu d'apprentis-

sage (notamment en alphabétisation), de réflexion, d'information, de discussion et d'échanges pour améliorer les conditions de vie des participants. La publication présentée ici a été réalisée par les groupes *Maigrir avec le sourire* qui, au sein du Carrefour, ont travaillé sur le thème de l'alimentation et du régime.

Contraception et éducation sexuelle

CHEVALLIER Eric, PEF (illustr.), **Le préservatif : trois mille ans d'amour protégé**, Casterman, Des objets font l'histoire, 1994, 46 p.

D'où vient le préservatif ? Comment l'utiliser ? Pour tout savoir sur le préservatif, ce livre, plein d'anecdotes et d'images, traite le sujet avec humour.

Une mallette thématique **Pourquoi aborder les mutilations génitales féminines en alphabétisation ?** se trouve sur le site du *Collectif Alpha*.

Cette mallette de sensibilisation a été conçue afin de donner aux intervenants du secteur de l'alphabétisation un premier outil d'information pour aborder et/ou approfondir dans un groupe alpha le thème des mutilations génitales féminines, pratique coutumière dont des centaines de millions de femmes sont encore victimes de nos jours.

Accessible à la page : www.collectif-alpha.be/rubrique93.html

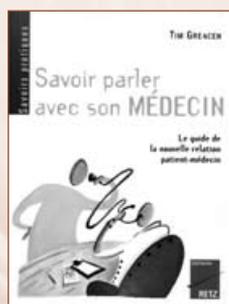
Visite médicale

Une mallette thématique **La visite médicale**, se trouve sur le site du *Collectif Alpha*.

Cette sélection propose aux formateurs des documents de préparation de séquences pratiques destinées à des groupes d'oral.

Accessible à la page : www.collectif-alpha.be/rubrique109.html

GREACEN Tim, **Savoir parler avec son médecin : Le guide de la nouvelle relation patient-médecin**, Retz, Savoirs pratiques, 2000, 208 p.



Etablir une relation de confiance et d'entente avec son généraliste ou son spécialiste est primordial pour la qualité des soins et le processus de guérison. Comment les

choisir ? Comment exprimer ses problèmes et ses requêtes lors d'une consultation ? Comment faire entendre ses droits ? L'auteur, défenseur du droit des malades et militant contre les abus dans la relation patient-médecin, fournit des conseils pratiques pour éviter les pièges et dénouer les conflits. Il invite le patient à prendre sa santé en main et à provoquer le dialogue avec les professionnels de la santé.

Une visite chez le dentiste,

Commission scolaire régionale de Chambly, Production Français 304, 1981, Québec Santé, 31 p.

Cahier d'exercices où les apprenants sont appelés à lire un texte sur la visite chez le dentiste et à compléter ensuite une série d'exercices d'écriture et de compréhension en lecture.

Témoignages

JAQUENOUD Anne-Sophie, **Entre ici et là-bas**, particulièrement la 1ère partie « J'ai mal dans mon corps ». Témoignages de requérants d'asile, IES - Institut d'Etudes Sociales, 1997, 104 p.

Uljkan, Battista, Sevgi et Sylvie racontent leur vie, et leur désespoir... Le rêve imaginé avant le départ est effacé par les contraintes et les contradictions de chaque instant à leur arrivée en Suisse. Ils ne peuvent pas vivre. Ils se contentent d'exister, tout simplement. Alors, ils expriment leur mal-être et leurs souffrances en développant des pathologies diverses.

THOMAS Véronique, **Le « Paris-Dakar » d'une maladie : tranche de vie d'une famille écrite par les participants d'un groupe d'alphabétisation**, Collectif Alpha - Lire et Ecrire Bruxelles, Collection Cent soucis de la vie quotidienne, 2003, 49 p.

Dans une famille bruxelloise, le père tombe malade. Il est soigné à l'hôpital puis revient à la maison. Deux semaines plus tard, une grosse facture arrive ! Sa mutuelle n'est pas en règle... Ce livre illustré, fruit d'une création collective, offre de nombreux supports d'animation en lecture ou à l'oral.

ES SAFI Latifa, **Malades venus d'ailleurs : Peut-on les comprendre ?**, Résonances, 1996, 47 p.

Une approche interculturelle de la santé qui tient compte de modèles thérapeutiques autres que ceux de la médecine occidentale. La parole est donnée à des migrants confrontés à deux modes de

pensée et qui participent à des activités dans diverses associations dont un centre d'alphabétisation.

Dans les revues

Dans le Journal de l'alpha :

- **Mieux vaut savoir lire et être en bonne santé** [dossier], n°62, décembre 1990-janvier 1991, pp. 4-8
- **Corps et alphabétisation : une complicité** [dossier], n°92, novembre-décembre 1995, pp. 3-31
- **Education populaire et santé mentale** [article], n°116, avril-mai 2000, pp. 28-31
- **La clinique de l'exil** [article], n°117, juin-juillet 2000, pp. 27-29

Les numéros 62 et 92 sont disponibles auprès de la rédaction du journal. Les numéros 116 et 117 sont par contre épuisés.

GAUTHIER Roger-François, **Corps, culture et insertion** [dossier], SCEREN-CNDP, in *Collection VEI enjeux (Ville-Ecole-Intégration)*, n°116, mars 1999, 200 p.

Un dossier complet où nous épinglons les articles suivants :

- AHMED Mohamed, **Des malades pas comme les autres : Corps de souffrance et malade d'ailleurs**, pp. 51-69
- ESTERLE EDIBEL Maryse, **Le corps en force ou le corps en forme : Le corps et la santé en milieu populaire précarisé**, pp. 127-140
- GASSMANN Xavier, **Parler le corps en situation de détresse sociale**, pp. 141-150

Manières de faire face à la maladie, ici et ailleurs [dossier], in *Antipodes*, n°173/2006, 44 p.

Comment l'expérience migratoire transforme-t-elle la façon de penser la maladie ? Quelles pratiques les professionnels de la santé peuvent-ils développer pour mieux prendre en compte le sens de la maladie chez les usagers ?

*Accessible en ligne à partir de la page : www.iteco.be/-inverse-Antipodes-
Un autre dossier **Femmes, santé et migrations internationales** est également accessible à partir de cette page (> Et aussi...).*

DIALLO Kadiato, LEUMER Wolfgang, PANDY Yasmina, **Le « learnership » sur le VIH/ Sida et la réduction de la pauvreté** [article], in *Education des Adultes et Développement*, n°63/2005, pp.189-204

Description et évaluation d'un programme de formation qualifiante organisée en 2003 dans le cadre de la lutte contre le SIDA en Afrique du Sud.

Accessible en ligne sur le site : www.iiz-dvv.de (> Publications > Education des Adultes et Développement > Archives)

La revue *Santé conjugquée* de la *Fédération des maisons médicales* traite également de nombreux thèmes qui pourraient intéresser le lecteur. Citons à titre d'exemples :

- **Ce « cher » médicament - Économie et politique du médicament**, n°14, octobre 2000
- **Des pilules et des hommes - Approches psychologiques et sociales du médicament**, n°15, janvier 2001
- **Des savoirs qui s'ignorent ? - Des représentations de la maladie**, n°16, avril 2001
- **« Ensanter » l'habitat**, n°18, octobre 2001
- **Les droits du patient**, n°24, avril 2003
- **Les jeux de l'argent et de la santé (et des soins de santé)**, n°27, janvier 2004

- **Politique d'asile et santé**, n°34, octobre 2005)
- **Alimentation et santé**, n°36, avril 2006
- **Course d'obstacles pour soins de santé primaires**, n°37, juillet 2006
- **Les inégalités sociales de santé**, n°40, avril 2007

*Tous les numéros de *Santé conjugquée* sont téléchargeables sur le site : www.maisonmedicale.org (> Documentation > Santé conjugquée > Les archives).*

Myriam DEKEYSER
Centre de documentation
du Collectif Alpha

Ces ouvrages et documents sont disponibles en prêt au Centre de documentation du Collectif Alpha :

Rue de Rome 12 - 1060 Bruxelles
Tél : 02 533 09 25
Courriel : cdoc@collectif-alpha.be
Site : www.centredoc-alpha.be

Les revues sont à consulter sur place.

Conditions particulières pour *Le diable de la découverte* :

- caution de 100 €
- durée de prêt : un trimestre (avec possibilité de prolongation si projet à plus long terme)
- matériel divisible : les éléments sont empruntables séparément

Une webographie complémentaire est accessible en ligne sur le *Portail de l'alpha* à la page : <http://publications.alphabetisation.be> (> Journal de l'alpha > Ressources en ligne).

LIRE ET ECRIRE

Le bien-être au travail

D'une analyse de risques participative vers une gestion globale de la politique de prévention

Lire et Ecrire travaille activement à l'amélioration du bien-être des travailleurs sur le lieu de travail. L'article qui suit présente le cadre légal de la mise en place d'une politique de prévention, son application à Lire et Ecrire ainsi que des exemples concrets d'actions entreprises par l'association en faveur de ses travailleurs.

La législation

Dès le 12 juin 1989, la CEE produit une directive cadre concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la santé et de la sécurité des travailleurs sur le lieu de travail. Il faudra cependant attendre 1996 pour voir se traduire cette directive européenne dans le droit belge. Il s'agit de la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail. Depuis, les employeurs et les travailleurs disposent d'un cadre légal d'application compétent, le *Règlement Général pour la Protection du Travail (RGPT)*.

On remarquera que dans la loi belge les termes de 'santé' et de 'sécurité' ont été remplacés par celui de 'bien-être', qui est une notion beaucoup plus complexe à traduire. Mettre en œuvre des mesures visant

à améliorer le bien-être signifie en effet se préoccuper de plusieurs domaines très différents. La loi belge détermine ainsi huit domaines dans lesquels le bien-être doit être recherché :

- 1° la sécurité du travail (par exemple, supprimer les risques d'accidents comme les chutes) ;
- 2° la protection de la santé du travailleur au travail (assurer notamment une surveillance via le médecin du travail) ;
- 3° la charge psychosociale occasionnée par le travail (comme essayer de réduire le stress négatif) ;
- 4° l'ergonomie (être vigilant à la qualité des postes de travail, un bon matériel et une bonne posture,...) ;
- 5° l'hygiène du travail (nettoyer les lieux de travail et assurer des toilettes et lavabos en bon état, par exemple) ;
- 6° l'embellissement des lieux de travail (il s'agit notamment de prévoir des lieux lumineux et colorés où les travailleurs se sentent bien) ;
- 7° les mesures prises par l'entreprise en matière d'environnement, pour ce qui concerne leur influence sur les points 1° à 6° (veiller à la qualité de l'air, de l'eau, utiliser des produits nettoyants non irritants, etc.) ;
- 8° la protection des travailleurs contre la violence et le harcèlement moral ou sexuel

au travail (renseigner les travailleurs sur les possibilités qui existent comme les personnes de confiance ou le psychologue du service externe, mettre en place des mesures pour réagir aux faits de harcèlement et autres violences...).

Les différents acteurs

Suite aux élections sociales de mai 2004 et à la création d'une *Unité technique d'exploitation* rassemblant plus de 250 travailleurs issus des 8 régionales wallonnes, des 6 locales bruxelloises et des 3 coordinations wallonne, bruxelloise et communautaire, Lire et Ecrire a créé un *Comité de Prévention et de Protection des Travailleurs*. Ce CPPT est un organe paritaire, les employeurs et les travailleurs y sont représentés. Son but est de rechercher et proposer tout moyen de promouvoir activement toute action pour que le travail s'effectue dans des conditions optimales de sécurité, d'hygiène et de santé. Engagée comme conseillère interne en prévention et protection fin 2004, j'assiste, depuis lors, l'employeur dans la mise en œuvre de la politique de prévention en terme de bien-être au travail et prends en charge le secrétariat du CPPT. Je suis également responsable du *Service Interne en Prévention et Protection (SIPP)* et assure le lien entre les employeurs et le *Centre de Services Interentreprises (CESI)*, choisi par l'Unité technique de Lire et Ecrire comme *Service Externe de Prévention et de Protection (SEPP)*. Une note de coordination a été établie pour que toutes les implantations de Lire et Ecrire bénéficient du même service de qualité de la part du CESI.

Tous les acteurs et organes étant réunis, le travail vers une réelle politique de préven-

tion pour les travailleurs de Lire et Ecrire a enfin pu être amorcé.

Analyse des risques

La première action du CPPT et du SIPP a été le choix d'une méthode d'analyse de risques. En effet, le préalable à toute politique de prévention est la réalisation d'un état des lieux en terme de risques. Le risque étant la probabilité d'un dommage d'une certaine gravité, compte tenu de l'exposition à un facteur de risque et de la probabilité de survenue de ce dommage durant cette exposition. Le SIPP a proposé une analyse de risques participative inspirée de la stratégie *SOBANE* de gestion du bien-être au travail. Développée par le Professeur Jacques Malchaire, Directeur de l'Unité Hygiène et Physiologie du travail de l'UCL, cette méthode a comme avantage de reposer sur la consultation des travailleurs quant à la réalité de leurs conditions de travail en termes de bien-être. L'aspect participatif a déterminé le choix de la méthode *DEPARIS (Dépistage Participatif des Risques)* qui représente une partie de la stratégie *SOBANE*¹. De nombreux groupes ont été organisés et 97 travailleurs ont ainsi pu être consultés sur leur niveau de bien-être dans les huit domaines de la loi sur le bien-être. Nous avons choisi de créer deux grandes familles distinctes dans la création des groupes : d'une part les personnes qui travaillent en première ligne – entendons celles qui ont un contact direct avec les apprenants (les formateurs,...) – et d'autre part celles qui travaillent en seconde ligne (les administratifs,...). Chaque sous-groupe était composé de travailleurs représentatifs des différentes fonctions.

Les résultats ont été présentés par le SIPP aux employeurs en avril 2005, et dès le mois suivant, un plan global dynamique de prévention sur 5 ans a été adopté. Depuis, les représentants des employeurs, les représentants des travailleurs et moi-même nous appliquons, en collaboration avec le SEPP, à mettre en œuvre autant de projets nécessaires à l'amélioration du bien-être des travailleurs. Chaque année le plan global est décliné en plan annuel avec la remise en question permanente de la qualité des interventions et des propositions d'amélioration.

Premières réalisations concrètes

De tous les domaines explorés, l'organisation de la lutte contre les incendies est apparue comme la priorité numéro 1. Ensuite, parmi les priorités suivantes, on retrouve la qualité des aires de travail, les aspects psychosociaux ainsi que les aspects médicaux et les facteurs ayant une influence sur la santé. De nombreuses autres priorités ne sont pas énumérées ici mais feront l'objet de l'attention des intervenants en bien-être.

En décembre 2005, la collaboration étroite avec le pilier médecine du travail du SEPP a permis la création de la politique de santé de Lire et Ecrire. Cette politique détermine depuis nos actions en terme de surveillance de la santé. Elle a notamment été à l'origine d'une information à tous les travailleurs sur les risques liés aux maladies infectieuses.

Le *DEPARIS* a permis de mettre en évidence les situations de travail qui génèrent des insatisfactions en terme de bien-être. L'employeur, assisté du SIPP et conseillé

par le CPPT, a depuis proposé de nombreux outils pour améliorer les conditions de travail.

Un dossier complet est à l'étude au SIPP pour répondre aux exigences complexes en matière de sécurité incendie. De nombreux travailleurs ont participé à deux cycles de formation 'secourisme' et 'équipiers de première intervention'. Ces travailleurs ont désormais les compétences nécessaires à la gestion d'une crise due à un début d'incendie. Des actions de sensibilisation auprès des employeurs ont également été menées.

Une check-list 'aires de travail' a été élaborée à partir de trois sources : le résultat du travail d'un groupe 'critères de qualité'² de Lire et Ecrire Hainaut occidental, un document de travail existant à Lire et Ecrire Bruxelles et la synthèse du RGPT réalisée par le SIPP. Cette check-list est utilisable





lors de la visite de locaux externes de formation en vue de l'établissement de nouvelles conventions. Ce document permet de passer en revue tous les aspects légaux et organisationnels utiles dans le choix de locaux de formation fonctionnels et agréables. Il se veut pratique et exhaustif. Enfin, il présente les caractéristiques d'un local de formation 'idéal', ce qui constitue un objectif à atteindre pour améliorer le bien-être des utilisateurs.

Dans le but d'améliorer la qualité des aires de travail, je participe également avec un représentant des travailleurs à des visites bisannuelles de lieux de travail, organisées par le SEPP.

Enfin, depuis le 1er janvier 2006, une interdiction totale de fumer dans les locaux de Lire et Ecrire est d'application et a permis un assainissement des espaces de travail.

En ce qui concerne les aspects psychosociaux et médicaux, notre collaboration

avec le CESI nous permet de répondre aux exigences légales, mais aussi d'essayer d'objectiver des problématiques délicates telle que le stress. Une large enquête est en cours, elle permettra prochainement de voir dans quelle mesure les travailleurs de Lire et Ecrire subissent un stress, d'évaluer son importance et, si possible, de fournir des pistes pour l'alléger.

Aujourd'hui, l'employeur doit déterminer avec le CPPT si l'analyse participative de risques *DEPARIS* a répondu à leurs attentes et si elle sera reconduite comme base de travail à la création du plan global de prévention 2010-2014. De nombreuses options s'offrent à eux comme, par exemple, changer les groupes (travailleurs de première ligne / travailleurs de seconde ligne), approfondir certains domaines ou encore faire appel à des intervenants externes à Lire et Ecrire... L'aspect participatif, lui, ne sera sans doute pas remis en cause, les travailleurs étant les meilleurs experts concernant leur poste de travail.

Muriel HENGELS
Conseillère interne en prévention
Lire et Ecrire Communauté française

1. Pour la présentation de la méthode *SOBANE* et l'analyse de risques *DEPARIS* (publication téléchargeable et commande en ligne), voir : www.emploi.belgique.be (> Bien-être au travail > Publications > Stratégie *SOBANE* et méthode de dépistage *DEPARIS*).

2. Pour en savoir plus sur ce qu'on entend par 'critères de qualité' et sur l'action 'critères de qualité' menée à Lire et Ecrire, voir : Natacha MANGEZ, **Un cadre pour évoluer vers plus de qualité**, et Frédérique LEMAÎTRE, **Une alphabétisation de qualité à Lire et Ecrire**, in *Journal de l'alpha*, n°154, septembre 2006, pp. 8-19.

Pratiques démocratiques à l'école

La force des classes



Dix ans après le décret *Missions* et la création des conseils de participation, qu'en est-il de la démocratie à l'école ? Y a-t-il eu des changements en Communauté française ? *Changements pour l'égalité* a décidé

d'observer les avancées et les résistances à la mise en place de pratiques démocratiques dans les écoles.

Le parti pris de cette étude est d'observer l'institution scolaire à partir des acteurs qui la composent (élèves, enseignants, direction, personnel administratif et d'entretien, pouvoir organisateur, parents, Communauté française) et des relations hiérarchiques que ceux-ci entretiennent entre eux. Pourquoi ce choix ? Tout d'abord parce qu'il permet de penser l'école sans occulter les rapports de pouvoir qui la traversent. Ensuite parce que c'est à chaque 'étage' que les acteurs de l'école sont concernés et devraient construire des pratiques plus démocratiques.

Un autre parti pris, plus essentiel encore, est de ne pas limiter l'investigation au développement de pratiques démocratiques dans les écoles. La dualisation toujours plus grande de l'enseignement force à élargir le débat et à redire que l'école ne sera jamais démocratique tant qu'elle reproduira, sans

se remettre en question, les inégalités de la société. En effet, l'école d'aujourd'hui semble se préoccuper davantage de fabriquer des élites que de donner à chacun les savoirs de base qui lui permettront de se construire en tant que citoyen et de se forger une place dans la société. Des choix doivent être faits si on veut éviter que l'écart ne se creuse toujours plus entre classes dominantes et dominées.

L'étude est composée d'une série d'articles qui rendent compte d'expériences de terrain et d'analyses à différents niveaux de l'institution :

- *Démocraties de classes*, Noëlle De Smet
- *Apprendre à représenter, apprendre à déléguer, apprendre à négocier*, Joël Bosch
- *Des problèmes révélateurs d'un déficit démocratique*, Anne Chevalier
- *L'école et les familles : rencontre possible de spécialistes de l'éducation*, Daniëlle Mouraux
- *Peut-on éduquer à la citoyenneté à l'école en Communauté française*, Rudy Wattiez
- *Démocratie à l'école : résistances, obstacles et ouvertures dans la société*, Jacques Liesenborghs

Et en annexe, les résultats d'une enquête sur la participation des jeunes, *Ecole et participation : des chiffres !*, présentée par Daniëlle Mouraux.

Pratiques démocratiques. La force des classes, sous la coordination de Natalie RASSON, CGé, décembre 2007, 55 p. + 7 p. d'annexes

Téléchargeable sur le site de la CGé : www.changement-egalite.be (> Publications > Etudes > Pratiques démocratique à l'école).

Concevoir, construire et utiliser un outil pédagogique



Comment développer la créativité ? Créativité qui nécessite l'acquisition et l'enrichissement de savoirs et de compétences pour rendre possible l'action. Les défis auxquels nous sommes confrontés

aujourd'hui supposent que soient libérées les capacités qui se nichent en chacun.

Dans ce livre, Michel Huber nous présente tout un corpus de mises en situations pédagogiques et didactiques qui ont été expérimentées, évaluées et théorisées par différentes équipes d'enseignants et qui ont pour objectif principal d'outiller le lecteur pour, comme l'indique le titre, concevoir, construire et utiliser un outil pédagogique, qu'il s'agisse d'outils à utiliser en classes de l'école maternelle ou dans les formations professionnelles pour adultes.

La première partie du livre est consacrée à la conception de l'outil et aborde les questions suivantes : comment le savoir se construit-il au fil du temps ? ; comment le savoir se construit-il dans la tête de l'apprenant ? ; que doit transformer l'outil pédagogique ? ; quel(s) cheminement(s) concret(s) dans la conception d'une situation pédagogique ? L'auteur fait l'hypothèse que la conception est encore du registre de la 'boîte noire', peu explicitée. Ce sont donc les 'méandres' du processus de conception qu'il explore dans cette première partie.

Une fois jetées les bases théoriques et les références conceptuelles pour concevoir des

mises en situation didactiques et pédagogiques, l'auteur, dans la seconde partie, aborde la construction de l'outil pédagogique et propose d'utiliser la situation-problème comme fil rouge : qu'est-ce qu'une situation-problème ? une déstabilisation constructive ? Il passe ensuite en revue différentes modalités de mise en œuvre de ce concept : le travail autonome, la démarche de construction de savoirs, le débat de preuve, l'atelier d'écriture, les jeux de formation et la pédagogie du projet.

Et enfin, la troisième partie est, tout logiquement, consacrée à l'utilisation de l'outil, plus précisément à mettre du relief dans son utilisation. En effet, si former consiste à mettre en mouvement afin d'atteindre un équilibre plus complexe et plus opérant des représentations et des compétences chez l'apprenant, l'enseignant ou le formateur dispose pour ce faire de deux leviers aux effets quelque peu contradictoires : 'perturbation' et 'régularité'. Ces concepts vont être déterminants dans l'utilisation de l'outil. A quel moment contribuer à renforcer la perturbation des visions du monde des apprenants ? A quel moment, au contraire, installer des régularités, construire un climat de classe ou de groupe, aider à percevoir les invariants, à comprendre, tout simplement ? Il est donc nécessaire d'organiser et de gérer la confrontation, la coopération, l'évaluation, la remédiation... et de pouvoir restituer dans un modèle cohérent les différents outils, ce que propose le dernier chapitre.

*Michel HUBER, **Concevoir, construire et utiliser un outil pédagogique**, Hachette Education, 2007, 191 p.*

Peut être commandé sur le site du GFEN : www.gfen.asso.fr (> Publications > Repères > Commander).

Alphabétisation et exclusion



Christiane, Nathalie, Patricia, Gilbert, Patrick, Jules et Jean-Michel se sont inscrits ou auraient voulu s'inscrire dans une démarche de formation. Mais aujourd'hui, plusieurs d'entre eux ne savent

toujours pas lire et écrire. Pourquoi ? Ils savent pourtant combien l'instruction est importante. Ils voient aussi que les adultes qui, comme eux, sont en situation de pauvreté sont très peu présents dans les cours d'alphabétisation.

Ensemble, ils ont mené une réflexion en confrontant leur expérience et celle de leur entourage pour mieux comprendre ce qui fait obstacle et proposer quelques pistes d'action, réflexion qui a abouti à la rédaction de cette publication.

Une première partie réaffirme combien il est important de savoir lire, écrire et compter... et bien plus !

La deuxième partie relève les difficultés auxquelles les plus précarisés sont confrontés et qui font obstacle à leur apprentissage : conditions de vie et manque de moyens, soucis de la vie quotidienne, mépris, abandon et exclusion.

La troisième partie explique que pour entrer dans une démarche de formation, il ne suffit pas de savoir que « c'est possible ! », il faut aussi pouvoir croire que c'est possible pour soi, personnellement. Et de dire combien il est important, avant d'oser franchir le pas pour s'inscrire en formation,

de vivre une expérience de réussite par rapport à un écrit qui fait sens. Et de citer l'exemple de Dominique qui, tout comme Madame B. (voir *Alphabétisation et grande pauvreté*, texte publié dans le *Journal de l'alpha* n°162, pp. 7-14), a vécu cette expérience. Cette partie nous livre aussi une réflexion intéressante sur l'accès aux informations, certaines n'atteignant pas les plus pauvres : « *A la télévision ? Non, je n'ai jamais rien entendu.* »

Enfin, la dernière partie soumet à notre réflexion l'expérience de ceux qui sont passés par les cours d'alphabétisation... mais n'y sont pas restés : le moment primordial de l'accueil, le risque d'échec et d'exclusion... aussi en alphabétisation !, le rôle délicat du formateur qui, même bien intentionné, peut blesser une susceptibilité déjà à vif, l'importance de la pédagogie de la réussite... Et, in fine, la question des choix politiques : donner les moyens suffisants pour assurer une alphabétisation de qualité et à tout un chacun les moyens de vivre dans la dignité, condition pour pouvoir apprendre et persévérer dans la formation.

Alphabétisation et exclusion, Travail collectif coordonné et finalisé par Monique DE SMEDT, ATD Quart Monde Wallonie-Bruxelles, Collection 'Regards croisés', 2007, 28 p.

Téléchargeable ou à commander sur le site d'ATD Quart Monde : www.atd-quartmonde.be (> Publications > Nos analyses et études > Liste des publications > Alphabétisation et exclusion).

LIRE ET ÉCRIRE EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

rue Antoine Dansaert 2a – 1000 Bruxelles
tél. 02 502 72 01 – fax 02 502 85 56
courriel : lire-et-ecrire@lire-et-ecrire.be
site : www.lire-et-ecrire.be
portail de l'alpha : www.alphabetisation.be

LIRE ET ÉCRIRE BRUXELLES

rue de la Borne 14 (4^e étage) – 1080 Bruxelles
tél. 02 412 56 10 – fax 02 412 56 11
courriel : info.bruxelles@lire-et-ecrire.be

LIRE ET ÉCRIRE WALLONIE

rue St-Nicolas 2 – 5000 Namur
tél. 081 24 25 00 – fax 081 24 25 08
courriel : coordination.wallonne@lire-et-ecrire.be

Les Régionales de Wallonie

LIRE ET ÉCRIRE BRABANT WALLON

boulevard des Archers 21 – 1400 Nivelles
tél. 067 84 09 46 – fax 067 84 42 52
courriel : brabant.wallon@lire-et-ecrire.be

LIRE ET ÉCRIRE CENTRE-MONS-BORINAGE

place communale 2a – 7100 La Louvière
tél. 064 31 18 80 – fax 064 31 18 99
courriel : centre.borinage@lire-et-ecrire.be

LIRE ET ÉCRIRE CHARLEROI - SUD HAINAUT

rue de la Digue 1 – 6000 Charleroi
tél. 071 30 36 19 – fax 071 31 28 11
courriel : charleroi@lire-et-ecrire.be

LIRE ET ÉCRIRE HAINAUT OCCIDENTAL

quai Sakharov 31 – 7500 Tournai
tél. 069 22 30 09 – fax 069 64 69 29
courriel : hainaut.occidental@lire-et-ecrire.be

LIRE ET ÉCRIRE LIÈGE-HUY-WAREMME

rue Wiertz 37b – 4000 Liège
tél. 04 226 91 86 – fax 04 226 67 27
courriel : liege.huy.waremme@lire-et-ecrire.be

LIRE ET ÉCRIRE LUXEMBOURG

place communale 2b – 6800 Libramont
tél. 061 41 44 92 – fax 061 41 41 47
courriel : luxembourg@lire-et-ecrire.be

LIRE ET ÉCRIRE NAMUR

rue Relis Namurwès 1 – 5000 Namur
tél. 081 74 10 04 – fax 081 74 67 49
courriel : namur@lire-et-ecrire.be

LIRE ET ÉCRIRE VERVIERS

bd de Gérardchamps 4 – 4800 Verviers
tél. 087 35 05 85 – fax 087 31 08 80
courriel : verviers@lire-et-ecrire.be

