

Santé Charleroi

8 au 21 mars

Les Femmes Prévoyantes Socialistes de Charleroi organisent la "Quinzaine de la santé", avec des activités pour les écoles ("Jeu santé", "Mon école en développement durable", "Sac ADO", "gourmanlivre") et des activités et conférences pour les adultes (week-end petite enfance, journée d'information sur les médecines douces, "vie en mouvement, mouvements de vie", "sport et santé", "les enseignants face à la toxicomanie",...).

Pour recevoir le programme complet: Femmes Prévoyantes Socialistes, avenue des Alliés 2, 6000 Charleroi, secteur F.A.M. tél.071/20.87.45, secteur Ampli Junior tél.071/20.87.44, secteur Famille tél. 071/20.87.46.

Sport Charleroi

16 mars 1997

Le mille des jeunes, jogging destiné aux jeunes de 6 à 14 ans (juste avant les 10 miles des adultes). Manifestation récréative, remise d'un tee-shirt, d'une boisson et d'un fruit à chaque participant.

Lieu: boulevard Tirou à Charleroi, le dimanche 16 mars à 14 heures. Inscription: 200 F.

Renseignements: ASBL "Ma drogue à moi c'est le sport", RTBF Charleroi, Passage de la Bourse, 6000 Charleroi, 071/20.93.86.

Enfant Charleroi

20 mars 1997

"Différents types de réponse aux problématiques des jeunes et leur famille", séminaire-rencontre autour de l'enfance maltraitée.

Lieu: CUNIC (salle 214 2e étage), avenue Général Michel 1B, 6000 Charleroi (de 12 à 14 heures).

Renseignements: Aide et Prévention Enfants Parents, rue de la Broucheterie 41, 6000 Charleroi, tél. 071/33.25.81 - 31.21.06.

Assuétude Charleroi

26 mars 1997

Festival international du film social (5e édition), sur le thème des toxicomanies: au programme de la journée: projection

du film "Trainspotting" (séances destinées aux classes de l'enseignement secondaire); projection du film "Le petit cirque" (séances destinées aux classes de l'enseignement primaire); rencontre/débat sur "toxicomanie et réflexion" destiné aux classes de l'enseignement secondaire; rencontre/débat sur le même thème ouvert à tout public; animations et stands divers;...

Pour recevoir le programme complet de la journée ou le calendrier des autres projections: Comité de Concertation Alcohol Drogues, Jean-Michel Colemont, rue de Hal 34, 1190 Bruxelles, tél. 02/332.02.92, fax 02/332.26.40.

Education pour la santé Cologne (D)

6 au 9 mai 1997

Séminaire international "Questions interculturelles d'éducation pour la santé Europe-USA".

Organisation: Unité d'éducation pour la santé de l'Université de Cologne, Unité de santé communautaire et familiale de l'Université de Floride du Sud, avec la collaboration de l'Unité d'éducation pour la santé de l'UCL, RESO.

Renseignements: Madame N. Joris, secrétariat RESO, avenue Mounier 50, 1200 Bruxelles, tél. 02/764.50.70, fax 02/764.50.74.

Formation Bruxelles

9 au 13 juin 1997

Module de formation "Intervenir politiquement en promotion de la santé: considérations théoriques et familiarisation avec un outil d'intervention", par le Professeur Michel O'Neil (Université de Laval - Québec). Organisation: Unité de Promotion Education Santé (Promes), Ecole de Santé Publique ULB (voir Education Santé n° 114, page 17).

Public: intervenants, planificateurs, coordonnateurs en promotion et éducation pour la santé aux niveaux local, régional, national ou international.

Frais d'inscription: 25.000 francs (26.000 francs si le paiement est effectué de l'étranger).

Renseignements et inscriptions: Madame Nouara Chaoui, ULB/Promes, Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles, route de Lennik 808 CP 596, 1070 Bruxelles, tél. 02/555.40.81, fax 02/555.40.49.

Réalisation et diffusion: Infor Santé, Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, dans le cadre de la Cellule de Coordination intermutualiste ANMC-UNMS.

Rédacteur en chef: Christian De Bock.

Conseiller de la rédaction: Jacques Henkinbrant.

Secrétaire de rédaction: Bernadette Taeymans.

Secrétaire de rédaction adjoint: Anne Fenaux.

Rédaction: Maryse Van Audenhaege

Documentation: Maryse Van Audenhaege.

Abonnements: Franca Tartamella.

Comité de rédaction: Pascale Anceaux, Pierre Anselme, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Nouara Chaoui, Christian De Bock, Alain Deccache, Natacha de Granges, Michel Demarteau, Anne Fenaux, Jacques Henkinbrant, Geneviève Houlioux, Véronique Janzyk, Vincent Magos, Jean-Luc Noël, Thierry Poucet, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Eric Vandersteenen.

Editeur responsable: Edouard Descampe, avenue E. Demolder 44, 1030 Bruxelles.

Maquette: Philippe Maréchal.

Mise en page, photogravure et impression: Economat ANMC.

Tirage: 2.500 exemplaires.

Diffusion: 1.500 exemplaires.

Diffusion à l'étranger assurée grâce à l'appui du Commissariat Général aux Relations Internationales de la Communauté française de Belgique
ISSN: 0776 - 2623.

Les articles publiés par Education Santé n'engagent que leurs auteurs. Les articles non signés sont de la rédaction.

La revue n'accepte pas de publicité.

Les textes parus dans Education Santé peuvent être reproduits après accord préalable de la revue et moyennant mention de la source.

Pour tous renseignements complémentaires: Education Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles. Tél.:02/237.48.53. Fax: 02/237.33.10 (indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire).

E-mail: jeanbenoit.dufour@ping.be.

Education

SANTÉ

MARS 1997

115



Photo: Jean-Luc Fléme

Réflexion

Tous acteurs de la santé
par Jean-Pierre Deschamps
p. 2

Santé, inégalités sociales et pauvreté: une bibliographie commentée
par Maria-Antonia Bertrand-Baschwitz
p. 5

Vu pour vous

Les céderoms santé passés au scanner
par Maryse Van Audenhaege et Alain Degehet
p. 24

Humaniser l'hospitalisation des enfants

p.15

Supplément

Santé à bonne école n° 8
par Question Santé asbl

La revue Education Santé est réalisée avec l'aide du Ministère de la Communauté française de Belgique - Département de la Santé. Elle est publiée dans le cadre de la Cellule de coordination intermutualiste - Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes / Union Nationale des Mutualités Socialistes.



Tous acteurs de la santé

Le 17 octobre 1996, à Tournai, le Professeur Jean-Pierre Deschamps a donné une conférence sur le thème de la promotion de la santé en milieu défavorisé. Professeur à la Faculté de Médecine de Nancy, dont la qualité de l'enseignement en matière de promotion de la santé a largement franchi les frontières françaises, Jean-Pierre Deschamps est également Président de l'Association Jeunes et Santé à Paris et Directeur du Centre collaborateur de l'OMS "Santé des Adolescents et des Jeunes" à Nancy. Il a aussi été Président du Comité Français d'Education pour la Santé, et, depuis peu, il est Vice-Président de l'Union Internationale de Promotion et d'Education pour la Santé.

A la demande de nombreux participants à cette conférence ou à celle qu'il a donnée à l'occasion de la fête du centième numéro de la revue Education Santé, nous proposons, dans les colonnes qui suivent, de reprendre son exposé.

L'intervention du Professeur Deschamps a été articulée en trois parties. Après avoir rappelé un certain nombre de concepts sur les inégalités sociales de santé, il a évoqué les limites de l'éducation à la santé en milieu défavorisé et, en particulier, celles des approches traditionnelles, limites auxquelles les populations défavorisées payent en général le plus lourd tribut. Enfin, il a dégagé les possibilités d'une politique de promotion de la santé.

Inégalités sociales et santé

Socialement, ce qui aurait pu être le siècle de l'abondance va se terminer, dans quelques années, par le constat sévère de l'incapacité de nos sociétés à assurer l'égalité de leurs concitoyens en terme d'éducation, de revenus, de bien-être, de savoir et de droits sociaux. A un fond traditionnel de grande pauvreté, s'ajoute aujourd'hui la précarisation d'une partie importante des populations, la marginalisation d'une grande fraction des jeunes, l'exclusion de nombreuses personnes âgées, et l'isolement de jeunes familles dans un réseau social dont les mailles sont devenues trop lâches. La qualité de l'insertion dans la société comme citoyen responsable est soumise à de mul-

tiples aléas dont chacun peut être facteur définitif d'exclusion: formation insuffisante ou inadéquate, manque de rapport social, isolement, échec familial ou professionnel. Les banlieues des grandes villes cristallisent et rendent plus évidentes ces difficultés. Ce que l'on nomme la crise des banlieues, n'est qu'un symptôme d'une crise sociale et culturelle plus profonde. Dans ce contexte, il est naturel que les systèmes de santé soient aussi en situation de crise économique, professionnelle et éthique. Ils se sentent interpellés quant aux modalités possibles de leurs interventions et quant à leurs responsabilités dans la recherche de solutions aux difficultés sociales. Les systèmes de soins de la plupart des pays, procèdent d'une logique biomédicale suffisamment enracinée pour constituer une inertie considérable à l'égard de tout changement.

Un modèle médical dominant et paralysant

La persistance d'une telle référence médicale dominante amène à des questions de plus en plus pressantes sur l'adéquation des interventions sanitaires à la problématique sociale d'aujourd'hui. L'éducation à la santé est, prioritairement, concernée. Ses interventions sont-elles efficaces, touchent-elles ceux qui en ont le plus besoin, respectent-elles, vis-à-vis des groupes précarisés ou marginalisés, les exigences de promotion de la dignité humaine et de citoyenneté participante?

Une évidence apparaît aujourd'hui clairement: le lien entre le niveau socio-économique et la santé. C'est "une des plus profondes et des plus constantes observations jamais faites en santé publique". Cette considérable inégalité sociale de santé peut être interprétée, expliquée de différentes façons, soit au cours des époques dans une perspective diachronique, soit à un même moment.

Les inégalités sociales: d'une approche culturelle à une approche multidisciplinaire

On peut reconnaître dans l'histoire récente trois périodes, qui ont comporté

des approches différentes et complémentaires de l'inégalité sociale de santé. Jusqu'aux années 70 et pendant ces années 70, aux U.S.A., mais aussi en France, a été privilégiée l'approche culturelle et comportementale. Dans une certaine mesure, cette approche était la suite d'approches qui avaient eu cours depuis le 19e siècle, où l'on avait mis en évidence l'inégalité de santé, mais où l'on avait attribuée à une sorte de dépravation des mœurs des individus. Des comportements individuels, des spécificités culturelles étaient de nature à expliquer les inégalités sociales de la santé. Ces remarques restent vraies aujourd'hui. Dans les années 80 est apparue une approche dite matérialiste et structurelle, où on a fait porter sur les conditions de vie, l'organisation sociale et l'organisation des services de santé, la responsabilité de l'inégalité sociale de santé.

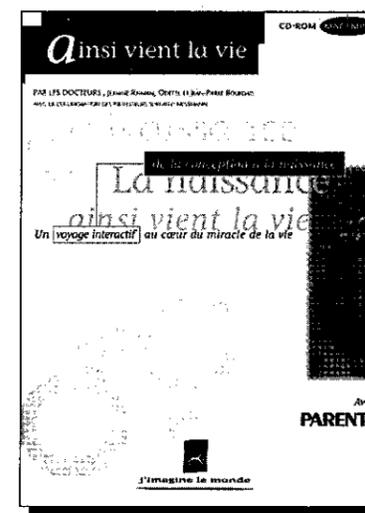
Plus récemment, vers la fin des années 80, début 90, les comportements des individus n'ont plus été traités séparément du contexte social dans lequel ils évoluent. Les conditions de vie limitent et orientent les choix de mode de vie. Si on admet cette synthèse, on comprend pourquoi il est naturel de parler d'inégalité sociale de santé lorsqu'on parle d'éducation à la santé et de promotion de la santé.

Les représentations de la santé ne sont pas les mêmes chez les riches et chez les pauvres

Pour les personnes de condition modeste, la santé se définit comme l'absence de maladies et, de façon utilitaire, comme le moyen de bien fonctionner et, en particulier, d'avoir un travail. La santé n'est pas anticipée; il suffit de pouvoir aujourd'hui tenir son rôle social. Tout au plus accepterait-on des mesures traditionnelles de modération pour ne pas sombrer dans la maladie et les risques qu'elle comporte.

Pour les personnes les plus favorisées, la santé est un moyen de valorisation, d'épanouissement, de bien-être, un capital à faire fructifier, un moyen de profiter au maximum des possibilités du corps et de l'esprit et aussi l'objet d'une quête constante.

Grossesse
Grand public, futurs parents
PC et Mac (2 et 5)



Ainsi vient la vie... de la conception à la naissance. Découverte, jour après jour, mois après mois, de l'évolution du fœtus, du développement du cerveau, des yeux, du sexe, etc.

Ce cédérom se présente comme un livre à parcourir chapitre après chapitre.

Nous trouvons un peu dommage qu'il n'exploite pas mieux les possibilités de multimédia. L'absence de la fonction "hypertexte" réduit la possibilité de navigation. C'est malgré tout un bel outil grâce aux séquences vidéo extraites des films "Les premiers jours de la vie" et "La naissance du cerveau" de Claude Edelmann.

Référence Médiathèque: SZ 1002

Accident domestique
Educatif
Grand public
PC (1)

Avec ce cédérom, le docteur Jean Lavaud (Pédiatre à l'hôpital Necker à Paris), vous accompagne dans votre vie de tous les jours et vous montre des exemples flagrants d'accidents domestiques qui pourraient être évités très simplement en prenant quelques précautions.

Ce cédérom est conçu de manière très simple grâce à la disposition en chapitres. La même structure de présentation (les faits, l'animation, etc.) se retrouve dans chaque chapitre.

Les animations consistent en séquences vidéo présentant une situation à risque: le médecin intervient avant la catastrophe en montrant "le bon exemple".

Très classique dans sa conception, il manque un peu d'originalité à notre goût (peu d'exploitation du multimédia). Mais vu le peu d'outils sur la prévention des accidents domestiques, il est quand même bienvenu.

Pas encore en collection à la Médiathèque, mais disponible en prêt à Educa-Santé (071/30.14.48)

Tableau de configuration PC (minimum)							
	Système	Mémoire Vive	Disque Dur	Couleur	Affichage	Carte Son	
1	PC	WINDOWS 3.1	8	x	256	480/640	x
2	PC	WINDOWS 3.1	4	x	256	480/640	x
Tableau de configuration MAC (minimum)							
	Système	Mémoire Vive	Disque Dur	Couleur	Carte graphique		
4	MAC	7.0	8	x	256	SVGA	
5	MAC	LC III	2,6	x	256	VGA	

Pour de plus amples renseignements sur les outils présentés, vous pouvez contacter la Médiathèque de la Communauté française de Belgique au numéro général 02/737.18.11, ou le centre de prêt le plus proche (coordonnées disponibles au même numéro).

Alain Degehet, Médiathèque de la CFB, Maryse Van Audenhaege, Education Santé.

EXPLORE LE CORPS HUMAIN

Microsoft

Anatomie
Ludo-éducatif
A partir de 6 ans
PC (1)



Le Bus Magique emmène les enfants de six à dix ans en voyage scolaire à la découverte du fonctionnement du corps humain. Conducteur du Bus Magique, l'enfant peut visiter à loisir douze parties différentes de l'organisme: le cerveau, la bouche, le gros intestin, etc. Des travaux pratiques bien conçus renforcent les concepts scientifiques.

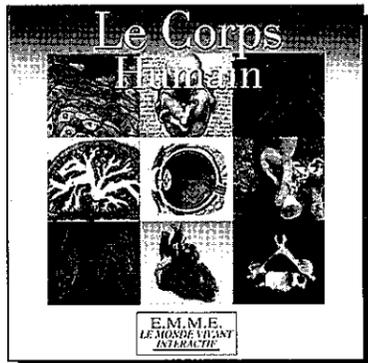
Le livret accompagnant le cédérom s'adresse aux enfants (ce qui est rare, ce genre de livret servant en général uniquement à l'installation du cédérom et à résoudre les problèmes éventuels). Il comprend à la fois un mode d'emploi, un descriptif anatomique et une partie détente (jeux, dessins, etc.). Ce livret reprend des images du logiciel.

Pour l'avoir testé avec un enfant de six ans, nous pouvons vous garantir que cet outil "marche" bien.

Référence Médiathèque: SZ 2028

E.M.M.E.

Anatomie, physiologie
Encyclopédie
Grand public - enseignement
secondaire
PC (2)



Ce cédérom propose une découverte du corps humain sous trois formes:

- Suivre le programme pas à pas (navigation);
- Recherche rapide d'informations (table des matières);
- Suivre la visite (multimédia) guidée.

Le parcours piloté nous semble intéressant pour une première utilisation (approche) d'un cédérom sur l'anatomie. Petite restriction, l'écran de la partie "visite guidée" est divisé en deux parties: d'une part un schéma, d'autre part une liste de termes anatomiques. Nous aurions aimé, pour une meilleure compréhension de l'ensemble, que chaque détail du schéma soit clairement relié au terme correspondant (par exemple par une flèche).

Nous avons aussi constaté une série de fautes d'orthographe (erreurs de traduction ? - ceci est un produit de conception italienne).

Référence Médiathèque: SZ 1242

EXPLORE LE CORPS HUMAIN

EduSoft

Anatomie
Ludo-éducatif
A partir de 8 ans
PC (2)



Ce cédérom propose à l'enfant une aventure à l'intérieur du corps humain. Celui-ci se retrouve à bord d'un vaisseau miniature à l'intérieur d'un patient et, à l'aide d'une arme, il doit éliminer les virus. Avant l'action, il doit prendre connaissance de l'anatomie du sujet en répondant à un quiz. A travers la mission qui lui est confiée, l'enfant doit ainsi faire fonctionner à la fois ses réflexes et sa mémoire.

Le contenu principal est un jeu où les connaissances (scientifiques) ne sont pas indispensables, l'aspect éducatif nous semble très limité. Une base de données médicales et un quiz sont présents mais pas indispensables pour réaliser la mission (l'enfant peut passer outre, il ne risque pas d'y accorder beaucoup d'importance).

Référence Médiathèque: SZ 2056

Il est bien évident que si on appartient à un groupe ou à l'autre, les messages ne sont pas reçus de la même façon. Le degré de priorité attaché à la santé ne peut être le même chez les personnes aisées et chez les personnes démunies.

On sait, aujourd'hui, que le ressenti du besoin de santé ou la formulation d'une demande de santé, exige la satisfaction d'autres besoins plus fondamentaux: manger, être vêtu, avoir un logement, un environnement décent, un travail, un revenu, se sentir en sécurité, se savoir reconnu, considéré, aimé, attendu. Pour les personnes vivant dans la précarité, la satisfaction de ces besoins n'est jamais assurée. Elles vivent dans l'angoisse constante de perdre leur emploi, d'être expulsées de leur logis, de se voir enlever leurs enfants, de tomber dans la marginalité. Un sondage récent indique que 83 % des Français craignent d'être un jour victimes de l'exclusion sociale. Il ne s'agit donc pas, là, d'un phénomène minoritaire. On ne peut, dans ces conditions, s'attendre à une motivation forte pour les questions de santé. Cela montre que si les personnes pauvres décrivent la santé comme l'envers de la maladie, elles n'ont pas besoin de connaître la définition de l'O.M.S. pour rattacher, de façon concrète, leur santé aux éléments de leur bien-être quotidien.

La compréhension du concept de prévention nécessite la maîtrise du temps, la possibilité de se projeter dans la durée, d'établir pour soi et pour son entourage un projet. Les personnes précarisées ne peuvent vivre que dans l'aujourd'hui; le futur ne leur appartient pas et les messages impliquant une anticipation de l'état de santé lointain leur sont peu accessibles.

Tenir compte du savoir et de la culture populaire

Face à ces caractéristiques, l'éducation à la santé en milieu défavorisé recèle un certain nombre de limites dans ses modalités traditionnelles. La démarche traditionnelle d'éducation à la santé est un processus normatif. Sans doute y a-t-il, là, l'effet pervers des idées qui découlaient logiquement de la démarche pasteurienne et qui, à l'évidence, ne s'appliquaient pas à d'autres domaines que la santé. Il

s'agit de la notion selon laquelle les médecins sont détenteurs d'un savoir, alors que la population, elle, ne sait pas. C'est donc faire fi de toute une culture populaire, de tout un savoir collectif expérimenté au quotidien dans la vie des familles et collant à la réalité qu'elles vivent effectivement. La médecine, il faut bien l'avouer, a négligé, dévalorisé, condamné, le savoir populaire en matière de santé, là où, au contraire, elle aurait pu s'appuyer sur ce savoir, comme complément de son savoir scientifique.

Le désir de transmettre une information à une population supposée ignorante a eu un autre inconvénient. Il privilégiait les valeurs culturelles du milieu dont étaient issus ceux qui la mettaient en oeuvre. Diffuser à tous des messages identiques, procède de l'idée que toutes les pratiques sanitaires peuvent être coulées dans un moule commun sans tenir compte des particularismes culturels et des désirs individuels.

Education à la santé: un contrôle social insidieux

Inconsciemment, les personnels de santé ont longtemps cru qu'ils étaient, en matière de conditions de vie favorables à la santé, détenteurs d'un savoir universel, alors que la vérité dont nous sommes porteurs est largement façonnée par les valeurs du milieu au sein duquel nous vivons et qui ne sont pas les valeurs du milieu au sein duquel vivent les groupes de population les moins favorisés. Ainsi, bien des messages concernant l'alimentation, les rythmes de vie, la lutte contre la sédentarité, la défense contre l'alcoolisme ont été diffusés comme devant avoir valeur universelle, alors qu'ils n'étaient porteurs d'aucune référence pour beaucoup de ceux à qui ils étaient destinés. Les éducateurs de santé ont fait l'hypothèse implicite d'un milieu réceptif qui serait homogène, alors que la diffusion des connaissances à laquelle on procède, se fait dans un champ fortement différencié du point de vue social et culturel. Ainsi, l'éducation à la santé, dans ses approches "pédagogiques", reste une façon insidieuse de normalisation et de contrôle social bien stigmatisé dans les années septante par un certain nombre d'auteurs américains et européens.

Responsabilisation

Comment cet objectif fondamental de l'éducation à la santé est-il effectivement traité lorsque on s'adresse à des personnes en situation de précarité? Nous avons, pendant longtemps, voulu convaincre l'usager qu'il était responsable de sa santé et donc de sa maladie, que sa santé dépendait de lui, qu'elle était son affaire avant d'être celle de l'Etat ou des collectivités. Il fallait donc l'informer, lui permettre de choisir son mode de vie en toute connaissance de cause et en posant pour principe qu'il était libre de ses choix. On sait les erreurs auxquelles ont pu mener de telles pratiques, non pas toujours responsabilisantes, mais souvent infantilisantes, donnant un vernis de savoir médical vulgarisé plutôt qu'une appropriation de connaissance adaptée ou qu'une capacité à critiquer les approches prescriptives de mode de vie qui pouvaient être faites par les uns et pour les autres. Et cette difficulté, cette inversion du mot responsabilisation a entraîné une autre conséquence, bien connue depuis les années 80, c'est le blâme de la victime.

Cette démarche informative était peu soucieuse des différences, peu responsabilisante à l'égard de ceux qui n'avaient pas reçu ces messages ou, pire, avaient tenté, sans succès, d'en tenir compte dans leurs comportements quotidiens. Donnant des règles précises, des conseils de bonne santé, des conseils de prévention de la maladie, l'éducation à la santé devenait immanquablement, pour l'obèse, le fumeur, le buveur excessif, le coronarien, la voix d'une bonne conscience reprochant au malade d'être tombé malade.

Sans doute est-ce là une bien piètre façon de rendre les gens responsables de leur santé, que de les accuser d'être malades. Mais, plus grave encore est la tendance au blâme de la victime. Lançant des messages aux personnes pour modifier leur comportement individuel, l'éducation à la santé a longtemps ignoré la dimension collective des problèmes.

L'alcoolisme et la consommation de drogues sont-ils, en effet, tels que des conseils individuels puissent les résoudre? Vouloir modifier des comportements a fait oublier d'aider à comprendre pourquoi les gens s'oc-

cupaient si peu de leur corps et pour quoi ils aspiraient si peu à améliorer leurs conditions de vie et de santé souvent dégradées. En effet, une emphase excessive a été mise sur l'approche individuelle des comportements individuels, au mépris des données culturelles, les actions ont été centrées sur l'individu et sur la prise de conscience individuelle.

"La culture ouvrière est essentiellement centrée sur le collectif; l'individu y est une valeur seconde toujours en lien avec les contraintes du collectif familial et social". La capacité qu'ont les personnes de choisir de façon volontaire leur comportement est faible. Un certain nombre de comportements contre lesquels nous avons à lutter: abuser du tabac, abuser de l'alcool, abuser de drogues, peuvent être, de la part des jeunes, un cri de souffrance et de frustration, ils peuvent être des réponses que les jeunes essaient de construire comme des comportements adaptatifs et, sans doute, comme des comportements de survie face à des conditions d'environnement catastrophiques pour eux.

Prenons l'exemple classique de la grossesse ou la parentalité dans l'adolescence. On ne peut plus soutenir aujourd'hui que des adolescentes deviennent enceintes par ignorance, naïveté ou par inaptitude à utiliser des moyens de contraception. Dans la majorité des cas, au moins dans nos pays, la grossesse est le résultat d'une volonté délibérée d'une jeune fille et, même souvent aujourd'hui, d'un jeune couple vivant ensemble et essayant de construire un projet. Projet d'échapper à une scolarité peu valorisante, à un milieu familial ou institutionnel perturbé, projet d'avoir une fonction sociale, projet de réussir, de valoriser, de bénéficier d'un support familial et social accru, de prestations d'aide sociale, voilà le projet que va permettre la grossesse. Seul projet viable pour échapper au chômage, à l'échec, à la pauvreté, parfois à la prostitution, parfois inexorablement à la répétition des échecs et de la pauvreté.

Comprendre et ne pas juger

Les adolescentes enceintes fument beaucoup: ce comportement ajoute encore aux risques de santé qu'elles accumulent. Mais n'est-ce pas, là aussi, une option délibérée?

On a pu montrer, aujourd'hui, qu'elles fument parce qu'on leur a expliqué que leur bébé n'aurait pas assez de poids, et qu'il pourrait naître prématurément. Désormais, elles fument pour ne pas prendre trop de poids, pour que l'accouchement soit plus facile et, qu'éventuellement, il se fasse plus tôt. En d'autres termes, elles s'approprient à leur façon un comportement dont nous voyons la nocivité et où elles voient, à plus court terme, l'adaptation qu'il va apporter pour résoudre un certain nombre de leurs difficultés. Elles fument aussi pour affirmer leur identité, souvent par rapport à des modèles parentaux où domine l'alcoolisme ou les drogues illicites.

Ainsi, l'accumulation de comportements d'adolescents désavantagés, considérés comme à risques, sont-ils souvent des options délibérées de survie physique ou sociale et dans le contexte où ils s'expriment, des comportements optimaux! La recherche et les pratiques professionnelles sont sans doute insuffisantes.

Parmi les milliers de publications récentes sur la grossesse chez l'adolescente, bien peu portent sur elle un regard positif. Elles mettent moins l'accent sur les aptitudes à réussir un projet et le soutien que cela nécessite de la part de professionnels de la santé ou des éducateurs, que sur les facteurs d'échecs. Elles insistent trop sur la prévention primaire, inacceptable pour beaucoup d'adolescentes, inaudible, puisqu'allant à l'encontre du projet, et pas assez sur l'accompagnement des jeunes familles et l'encouragement à la réussite. Ainsi, globalement, en privilégiant des approches trop médicales, pendant trop longtemps et encore aujourd'hui dans certains bastions, l'éducation à la santé n'a pas su toujours sortir des approches biomédicales dont elle était née, et elle continue encore aujourd'hui à être un instrument de contrôle social.

Changer l'environnement plutôt que diffuser des messages inaudibles

Face à ces dérives presque congénitales, quelles sont les possibilités d'une politique de prévention de la santé telle qu'elle est apparue dans les années 80 et 90? La charte d'Ottawa a fourni un guide commode pour énumérer ce qui

pourrait être une politique de promotion de la santé adaptée aux populations défavorisées.

La modification des comportements individuels n'apparaît ici qu'après d'autres modalités d'action. Encore faut-il remarquer que l'on ne parle pas de comportements individuels, mais d'acquiescer, ce qui est fondamentalement différent, des aptitudes individuelles. Toutes les autres mesures concernant les interventions plus globales portent sur le contexte de la vie des gens.

Il appartient aux responsables d'élaborer des politiques publiques, compatibles avec l'amélioration de la santé de ceux qui en ont le plus besoin. Il faut s'assurer, avant de demander aux gens de changer leur comportement, que l'environnement n'est pas en contradiction avec les comportements que l'on voudrait leur voir adopter. Cela veut dire, également, demander aux gens d'identifier eux-mêmes ce qui, dans leur environnement, est nocif pour leur santé, et leur donner les aptitudes pour obtenir des changements sociaux. Il est hypocrite de conseiller à des familles qui vivent dans des logements mal conçus, des armoires à médicaments situées en hauteur et fermant à clé.

Ce serait naïf de penser que les médicaments seront rangés dans des endroits sûrs. Encore le seraient-ils 364 jours sur l'année, que le jour où quelqu'un serait malade et où la famille sera perturbée par la maladie d'un de ses membres, l'armoire à pharmacie devra être ouverte et l'enfant n'aura de cesse d'attirer l'attention sur lui en allant y faire des bêtises.

Pour une approche communautaire

Il est également excessif d'apprendre à de jeunes enfants à maîtriser, au-delà de leurs capacités psychomotrices, la jungle d'une circulation locale améliorable par quelques mesures simples d'urbanisme. On voit, aujourd'hui, les institutrices sortir de l'école avec un groupe d'enfants et aller voir tout ce qui, dans le quartier, sur le trajet entre la maison et l'école, peut être pour l'enfant un risque ou une difficulté. On les voit aussi aller avec des enfants voir l'adjoint au Maire chargé de la circulation ou des écoles pour demander tel ou tel changement.

LE CORPS HUMAIN (version 2.0)

EduSoft

Anatomie
Encyclopédie, jeu
Grand public - enseignement
primaire et début secondaire
PC et Mac (1 et 4)



Ce cédérom, livré avec des lunettes 3D, véritable encyclopédie interactive, propose de nombreuses activités passionnantes qui permettent à l'utilisateur de voir le corps humain comme il ne l'a jamais vu. On peut distinguer quatre parties:

- **La bibliothèque du corps:** comment fonctionnent nos reins, nos artères? De quoi est formé le sang? Qu'est-ce qu'une cellule? Comment se nomment les os du squelette?
- **Les films du corps humain:** des séquences vidéo entraînent les spectateurs au plus profond du corps. Ils assistent en 3D au spectacle impressionnant du bouillonnement de la vie.
- **Les urgences:** jeu dont le but est de guérir une personne arrivée en urgence en situation critique. Avec ce que l'enfant aura appris, il devra diagnostiquer le mal dont elle souffre et tenter de la sauver.
- **Le memory:** jeu d'observation et de mémorisation. Celui-ci passe en revue les principaux organes du corps humain.

Un des meilleurs programmes de cette sélection, dont la version précédente a reçu le prix "MOEBIUS 1994 - Meilleur Educatif Européen"

Le livret d'accompagnement est relativement bien conçu: conseils aux parents, explications techniques en cas de problème, etc.

Les lunettes fournies avec le logiciel pour la visualisation de certaines séquences 3D ne sont pas d'un grand intérêt.

Pour les plus petits, l'accompagnement d'un adulte (instituteur, parent, etc.) s'avère nécessaire.

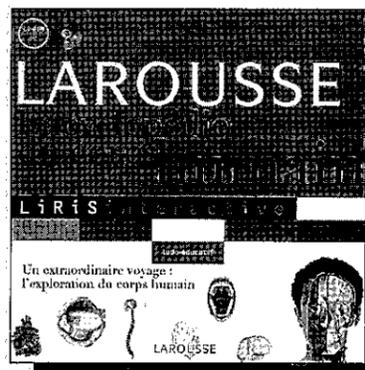
Cette version est d'une installation très facile (avec Windows 95, installer le disque dans le lecteur et puis "ça marche tout seul!")

Référence Médiathèque: SZ 1567

LE CORPS HUMAIN

Larousse multimedia

Anatomie, physiologie
Encyclopédie, ludo-éducatif
Grand public - enseignement
secondaire
PC (2)



Ce cédérom propose une exploration intuitive du corps humain en trois étapes: les fonctions (Pourquoi clignons-nous des yeux? Comment avalons-nous? A quel rythme le cœur bat-il?), les organes et les systèmes. Des animations expliquent les systèmes les plus complexes, des zooms analysent organes et éléments. Complétées d'un index, elles offrent une navigation facilitée par des icônes et des passages d'écran à écran.

De tous les cédéroms présentés dans ce dossier, c'est celui dont nous avons le plus apprécié le contenu. Simple, bien structuré, il permet à l'utilisateur de naviguer facilement entre les fonctions, les organes et les systèmes.

Seul petit regret, le manque de séquences vidéo qui auraient apporté un plus à ce logiciel.

Référence Médiathèque: SZ 1230

La santé et le multimédia

Avec le développement des supports multimédias, une nouvelle façon de découvrir le monde, d'apprendre, de jouer, est apparue. En passant du milieu professionnel à la sphère privée, le marché des produits informatiques s'est considérablement modifié. Aujourd'hui, les programmes à vocation récréative ou didactique prennent une place de plus en plus importante à côté des grands standards du traitement de texte, de la gestion de données, etc.

Le cédérom (1) offre la possibilité de stocker énormément d'images, d'animations vidéos, de textes, de sons, l'ensemble rendant ces outils de plus en plus spectaculaires, interactifs, de plus en plus didactiques aussi.

Constatant l'évolution du marché dans le domaine de la santé (le marché du livre 'santé' est déjà très florissant, le cédérom suit la tendance), nous avons décidé d'y consacrer ce dossier, et de tester certains titres pour vous.

Une autre raison de notre intérêt: la Médiathèque de la Communauté française de Belgique a installé depuis quelques mois dans ses centres de prêt une vaste collection de cédéroms sur une vingtaine de thèmes (voir plus loin), dont celui de la santé.

Le cédérom, qu'est-ce que c'est?

Littéralement, "CD-ROM" signifie "Compact Disk - Read Only Memory". Il s'agit donc d'un disque compact, d'apparence semblable à vos disques de musique préférés. La différence réside dans la capacité de stockage de très grandes quantités de données (il a une capacité de 600 mégabytes, pour les férus d'informatique). Ces données ne peuvent pas être modifiées, mais sont de type multimédia: texte, images statiques, images animées, son.

Le cédérom nécessite un lecteur spécifique relié à un ordinateur.

Une des caractéristiques les plus intéressantes de ce support est la fonction hypertexte, qui permet de naviguer à son gré au cœur des informations, contrairement à un livre ou une vidéo par exemple, où les informations sont disposées de façon linéaire.

Différents types d'outils existent actuellement: le genre encyclopédique est fortement représenté, ainsi que les jeux et les didacticiels pour les plus petits.

Quelques caractéristiques

Il existe des cédéroms ne fonctionnant que sur PC, d'autres ne fonctionnant que sur Macintosh, d'autres encore compatibles avec Mac et PC. Vous trouverez les informations sur la configuration minimale requise sur l'emballage des cédéroms. Lisez attentivement celui-ci avant de vous lancer.

Les commentaires ci-dessous s'adressent à des utilisateurs de PC sous Windows, mais leurs principes sont également valables pour les utilisateurs de Macintosh.

Matériel indispensable

Il faut posséder un ordinateur avec de préférence un processeur rapide type Pentium pour le PC ou PowerPC pour le Macintosh, de la mémoire RAM en suffisance (en général 8 Mo), un disque dur. Il faut également un lecteur de cédérom, une carte son, une carte vidéo, des enceintes. Une imprimante peut être intéressante: avec certains cédéroms, on peut imprimer du texte, des images, des photos,...

Installation

Lisez attentivement le mode d'emploi ou la notice accompagnant le cédérom.

Quand vous installez un cédérom sur votre disque dur, ce n'est pas l'ensemble de son contenu que vous installez, mais certains fichiers qui permettront au logiciel d'aller lire les informations sur le cédérom. Vous ne devrez donc plus réinstaller ces fichiers à chaque utilisation. Mais méfiez-vous: en cas d'utilisation successive de plusieurs cédéroms, votre disque dur sera vite encombré! Faites donc régulièrement le "ménage".

Vous pouvez aussi vous procurer un petit logiciel qui vous aidera en localisant et supprimant facilement les fichiers qui ont été installés: son nom est Cleansweep.

(1) Nous utiliserons dans ce dossier la nouvelle orthographe adoptée l'an passé par l'Académie française: cédérom et non plus CD-ROM.

Les cédéroms de la Médiathèque

A peu près tous les types d'outils sont représentés: bases de données, encyclopédies, jeux, logiciels éducatifs,...

De la même manière, à peu près tous les domaines sont couverts:

- littérature
- musique, danse, théâtre
- peinture, sculpture, arts graphiques
- cinéma, photo, vidéo
- architecture
- religion, philosophie
- histoire
- politique
- droits, justice
- sociologie, ethnologie, modes de vie
- folklore, tradition
- économie, travail
- environnement, urbanisme
- médecine, santé
- sciences
- médias, communication
- sports, loisirs, tourisme
- éducation, éveil à l'imagination
- cours de langue...

Testé pour vous

Nous avons sélectionné pour ce dossier des cédéroms grand public, disponibles en de nombreux points de vente: grandes librairies, magasins d'informatique, magasins de disques, grandes surfaces... La plupart sont aussi disponibles en prêt à la Médiathèque.

Pour chaque description d'outil, nous donnons un résumé du contenu, notre appréciation ou nos critiques en tant qu'utilisateurs, des indications sur le type d'outil (encyclopédie, jeu,...), ainsi que sur le public auquel il est destiné. Et bien sûr, nous précisons la configuration nécessaire pour le faire tourner.

Nous continuerons à l'avenir à faire écho aux nouveaux outils qui nous sembleront intéressants, qu'ils soient destinés à un large public ou qu'ils soient diffusés de façon plus confidentielle.

Nous faisons d'ailleurs appel à nos lecteurs, pour nous signaler des outils intéressants pouvant être présentés dans ces colonnes.

Modifier l'environnement, cela veut dire qu'il faut absolument que l'éducation à la santé se donne comme objectif, non pas de vouloir viser l'utilisateur, mais viser ceux qui, quelque part, ont une responsabilité sur les conditions de vie de l'utilisateur.

C'est une tâche fondamentale que de s'adresser aux responsables et de laisser les usagers tranquilles.

Plus encore que dans d'autres groupes, les approches communautaires sont justifiées avec les populations défavorisées. Habitues à être assistées, peu considérées, renvoyées sans cesse à leurs carences et à leurs échecs, elles ont besoin, au contraire, d'être reconnues comme actives, créatives, capables d'initiatives et de réussites. On sait bien, concrètement,

comment des organisations comme ATD Quart Monde, ont montré la fécondité de ces approches. Les problèmes sont tellement prégnants en milieux défavorisés que ces actions, portant en particulier sur la naissance et l'enfance, ont de très grandes chances de susciter une mobilisation.

Réorienter les services de santé: cela ne veut pas dire qu'il faut tout concentrer sur le système de soins. Bien sûr, le système de soins ne saurait porter seul la responsabilité des inégalités sociales de santé, pas plus qu'il ne peut seul les éliminer, mais "le maintien d'inégalités de santé au niveau le plus bas possible est un facteur de cohésion sociale".

L'éducation à la santé a pour but d'aider à participer à la vie de la collectivité, et d'accéder à une citoyenneté res-

ponsable. Elle est, avant tout, éducation...

Et, pour conclure, le Professeur Deschamps de rappeler un constat sémiotique à propos de l'exclusion sociale. En français, le mot exclure a la même étymologie que le mot éclore. Exclure a la même sémantique que sortir de l'oeuf, s'épanouir, s'ouvrir, naître, paraître.

Pour le Professeur Deschamps, la promotion de la santé peut permettre à ceux qui sont exclus, d'éclore à une nouvelle citoyenneté.

Jean-Pierre Deschamps, avec la collaboration de Laurent Roman et Guy Delobel ■

Santé, inégalités sociales et pauvreté: bibliographie commentée

De nombreuses publications font état du lien existant entre les conditions de vie et l'état de santé des populations: la précarité engendre une mauvaise gestion de la santé, un non recours aux soins et services de santé; les priorités de la personne défavorisée sont d'emblée centrées sur les besoins essentiels (logement, nourriture, vêtements...) plutôt que sur le maintien ou l'amélioration de leur état de santé. Jean-Pierre Deschamps illustre bien dans l'article qui précède ce comportement de santé spécifique des populations issues des milieux défavorisés.

Un nombre important de publications sur ce sujet a vu le jour ces dernières années. Leurs auteurs constatent une détérioration de la santé dans les couches les plus défavorisées de la population. Les inégalités socio-économiques se creusent et si "nous sommes tous égaux devant la loi", ceci n'est certainement pas le cas face à la santé.

Afin de mettre à jour notre réflexion, et de favoriser l'action auprès de ces populations en difficulté, nous avons sélectionné une série de références dans la base de données DOCTES. Aux termes "pauvreté", "milieu défavorisé" ou "population défavorisée" nous avons trouvé 385 documents. Parmi

ceux-ci une sélection d'une petite cinquantaine de documents a été faite en fonction des critères suivants: intérêt et profondeur de la réflexion, publication récente (après 1990 à une exception près) et en langue française. La plupart des ouvrages sélectionnés ont été publiés en Belgique, France ou Canada.

Devant le nombre important des publications, les ouvrages complets présentant des synthèses globales ont été privilégiés plutôt que les articles plus spécifiques.

Cette bibliographie, qui n'a pas l'ambition d'être exhaustive, est présentée dans l'ordre suivant: ouvrages généraux, politique et stratégies, représentations sociales de la santé, travail social, milieu urbain et quartier, milieu familial et quelques ouvrages relatifs à l'alimentation.

Ouvrages généraux

AVALOSSE H., Santé et inégalités sociales, Département Recherche & Développement, ANMC, in *M-Dossier*, n° 25, Bruxelles, 1996, 100 p.

Ce dossier aborde le champ des inégalités sociales sur le plan de la santé selon trois dimensions de différentia-

tion sociale: les revenus, l'instruction et le statut socio-professionnel.

Ces dimensions permettent une ventilation de la population en groupes sociaux homogènes quant aux conditions de vie et de travail.

Les deux premiers chapitres mettront en lumière les écarts, parfois considérables, en termes d'état de santé entre les groupes sociaux; il en va ainsi de la mortalité et de la maladie. Les chapitres suivants traitent du comportement différencié des groupes sociaux dans leurs recours aux soins. Outre la mise en évidence de liens entre les différents indicateurs de santé (mortalité, morbidité, recours aux soins) et les catégories sociales, l'auteur essaie de donner des schémas explicatifs à ces phénomènes. Les hypothèses généralement retenues sont une sélection des individus en meilleure santé dans les catégories sociales plus élevées ou en fonction des causes: la catégorie à laquelle on appartient, par les habitudes et modes de vie qu'elle influence, induit l'état de santé et la façon de recourir aux soins.

Ensuite, l'auteur examine plus spécifiquement les rapports entre santé et pauvreté. Tous ces chapitres présentent des statistiques, résultats de recherches et enquêtes tirés de la littérature belge comme étrangère. Le

chapitre VI est consacré au problème des données disponibles en Belgique. Enfin, l'auteur propose des actions et présente les dispositions qui ont été prises ou à entreprendre en rapport avec ces phénomènes d'inégalités sociales de santé.

**BERTOLOTTO F.,
L'éducation pour la santé
face à la "fracture sociale",**

in *Actualité et dossier en santé publique*, n° 16, septembre 1996, pp. 29-31.

L'auteur de cet article présente le problème de la précarité en France et préconise le recours à des actions d'éducation et de promotion de la santé des publics concernés, comme moyen de réponse le plus adapté à bon nombre des problèmes détectés. Il constate un décalage entre "l'offre et la demande" avec des contradictions de fond entre les intentions politiques, les moyens mobilisés et le fonctionnement du système de santé. Sa réflexion porte sur deux questions: éduquer les pauvres à la santé, de quoi parle-t-on? Quels sont les enjeux et les limites à l'éducation pour la santé dans le champ de la précarité?

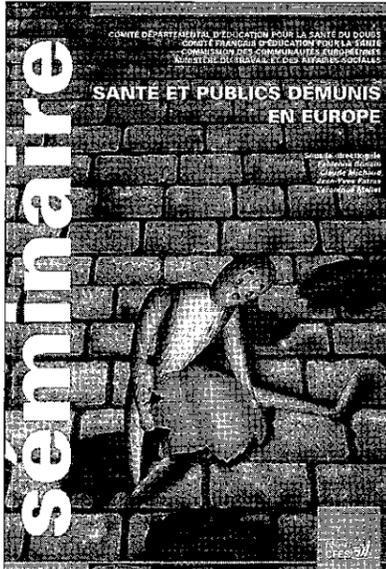
**BIHR A., PFEFFERKORN R.,
Déchiffrer les inégalités,**

Université de Strasbourg, Ed. Syros, Col. Alternatives économiques, Paris, 1995, 576 p.

La crise économique a aggravé les inégalités sociales. Mais les études chiffrées et systématiques sur ce thème sont rares. Regroupant les statistiques les plus récentes en 180 tableaux, ce livre analyse l'ampleur des inégalités en matière de revenus, de patrimoines, de fiscalité ou de sécurité sociale, face à l'emploi, à l'école, au logement, à la santé, à la justice, aux pratiques culturelles ou à la vie politique. Il synthétise des données souvent éparses, peu accessibles, voire volontairement occultées. Il met en évidence le processus qui fait que les uns, en haut de l'échelle sociale, cumulent les avantages, et les autres, en bas, les handicaps. Il rappelle enfin que la réduction des inégalités doit être le projet de toute société démocratique.

**BONNIN F., MICHAUD C.,
FATRAS J.Y. et MALLET V.,
Santé et publics démunis
en Europe,**

Séminaire de Besançon, 16 au 18 mai 1994, Comité départemental pour la santé du DOUBS/CFES/CCE, Ministère du Travail et des Affaires sociales, Ed. CFES, Col. Séminaires, Vanves, décembre 1995, 197 p.



Trois objectifs à ce séminaire: être un lieu d'échanges pour les professionnels engagés dans des actions de santé auprès des démunis, élaborer des propositions pour les décideurs politiques et institutionnels et pour les acteurs de terrain, être le point de départ d'un réseau européen d'échanges. La réflexion a été organisée selon quatre axes:

- réflexion sur les contextes des différents pays de l'Union européenne. Il s'agissait de repérer et d'analyser les conditions et les contextes qui ont conduit les pays et les institutions locales à développer des actions sanitaires en direction des personnes en situation de précarité;

- réponses aux problématiques de santé et types d'actions mis en place dans les différents pays;

- promotion de la santé, insertion et dynamique sociale. Quelle est la place faite à la santé dans la démarche d'insertion? Comment le partenariat s'établit-il pour prendre en compte la globalité de la personne?;

- recommandations aux acteurs de terrain et aux décideurs.

Cet ouvrage restitue la synthèse des réflexions des groupes de travail autour des quatre thématiques ainsi que la description sous forme de fiches des 33 expériences présentées. Ces fiches reprennent pour chaque action: le contexte national et local, le projet, les objectifs, les acteurs, le public ciblé, la démarche, la stratégie et la méthodologie de l'action, ainsi que l'action proprement dite.

**CARTON B., NEIRINCKX P.M.,
Rapport général sur la
pauvreté,**

Fondation Roi Baudouin / ATD Quart-Monde / Union des villes et communes belges, Ed. Fondation Roi Baudouin, Bruxelles, 1994, 423 p.

Plus qu'un simple "rapport", le rapport général sur la pauvreté est aussi et surtout le reflet d'un processus de mobilisation et de dialogue qui s'est amorcé entre d'une part des personnes pour qui la pauvreté est une réalité quotidienne et d'autre part des citoyens qui, en raison de leur situation professionnelle, sont confrontés à la pauvreté et à l'exclusion. Le rapport s'articule autour de trois grands volets.

La partie 1 est une introduction générale qui présente notamment le chemin parcouru pour en arriver à ce Rapport, ses enjeux, la mobilisation et le dialogue qui se sont engagés, les espoirs, les difficultés... Elle se conclut par un inventaire succinct d'une série d'initiatives développées dans le cadre du rapport.

La partie 2 contient le "matériel" proprement dit du Rapport, c'est-à-dire les quatre grands domaines de l'existence qui ont été abordés: famille, condition d'existence et santé; emploi et protection sociale; habitat et environnement; savoir et culture, enseignement.

La partie 3 reprend les principales conclusions du Rapport et formule une série de leviers pour le changement en les situant face aux grandes lignes de force qui ressortent de ce Rapport. La conclusion est un appel au dialogue déjà amorcé et à une nouvelle politique sociale.

4e conférence internationale sur la promotion de la santé qui se tiendra en juillet 1997.

Thèmes

Des recommandations relatives à une alimentation saine pour l'Europe et des méthodes d'étiquetage des denrées alimentaires favorisant des choix sains seront définies. L'accent sera mis plus particulièrement sur les maladies cardio-vasculaires, le cancer, le diabète, les personnes âgées, les jeunes enfants et le lieu de travail.

Le programme s'intéressera à la question du poids, vaste concept touchant au bien-être des personnes. Il abordera l'obésité en tant que déterminant essentiel de la santé, mais aussi l'anorexie, la boulimie et l'image du corps en relation avec la promotion de la santé. Un groupe d'experts scientifiques sera constitué afin de conseiller la Commission et de préparer une conférence européenne sur ce thème. Un vaste débat sur la nécessité et le bien-fondé d'une action à grande échelle sur les maladies cardio-vasculaires en 1999 sera entamé.

Le programme développera les activités liées à l'exercice physique qui sera associé aux stratégies fondées sur les groupes cibles et les champs d'action. Il privilégiera les activités praticables par le plus grand nombre.

Dans le domaine de la santé mentale, un réseau d'organismes spécialisés sera constitué dans les Etats membres. Une attention spéciale sera accordée à la définition de critères adaptés en la matière, notamment le bien-être mental au sens large. Une conférence européenne sera organisée pour débattre des concepts et des méthodes performantes dans la promotion de la santé mentale.

Le débat sur l'alcool et la santé sera poursuivi avec la communauté scientifique au sens large et les autres acteurs concernés. Un projet de document sera rédigé en vue d'un débat au sein du Parlement européen et du Conseil. Le partenariat entre les programmes locaux, la prévention de l'abus d'alcool sur le lieu de travail et les projets relatifs à l'alcool au volant seront encouragés. La constitution d'une base de données européenne accessible à tous les utilisateurs potentiels sera mise en oeuvre. La com-

mission étudiera les formes optimales de collaboration avec d'autres programmes communautaires afin de définir des mesures de prévention des abus sur les enfants.

Groupes cibles

Un débat sur une politique de santé pour la jeunesse sera entamé avec les partenaires concernés dans les domaines de la jeunesse, des sports et de la culture et dans d'autres secteurs. Une attention particulière sera accordée aux jeunes sortis du système scolaire, à l'alcool, à la nutrition, à la santé mentale et à l'activité physique.

Le programme définira des lignes directrices pour l'action en matière de promotion de la santé à l'attention des personnes âgées. La collaboration avec d'autres services sera renforcée et la possibilité d'instituer un comité de haut niveau dans ce domaine sera étudiée.

Les groupes défavorisés bénéficieront d'un intérêt particulier. Le réseau des agences nationales de promotion de la santé privilégiera ce thème.

Champs d'action

Les activités du réseau des écoles promotrices de la santé se concentreront sur l'évaluation de l'impact du projet, sur la diffusion des méthodes performantes et sur la participation de l'ensemble de la communauté scolaire. Un rapport consacré au projet sera adressé au Conseil.

Le réseau de promotion de la santé sur le lieu de travail recensera les modèles performants dans les Etats membres et en assurera la diffusion. Une politique de promotion de la santé sur le lieu de travail sera définie et insistera sur les pratiques performantes dans les petites et moyennes entreprises.

Le promotion de la santé dans les métropoles sera développée en raison des défis particuliers auxquels elles sont confrontées en la matière. Les capitales serviront de champs d'action pilotes pour ces travaux.

La priorité sera donnée aux soins de santé qui constituent un champ d'action essentiel pour la promotion de la santé et la prévention des maladies, compte tenu en particulier du rôle du personnel de santé.

Formation

L'annuaire des cours de formation à la santé publique dans les Etats membres sera mis à jour. Un projet sera financé en vue d'étudier les avantages qu'apporte la création d'une formation et d'un mastère européen en santé publique. Un effort sera accompli en vue d'associer au programme un maximum d'universités et d'établissements d'enseignement.

Amélioration de la qualité

Des critères d'amélioration de la qualité seront définis pour la validation des programmes de formation destinés au mastère européen en santé publique et aux autres programmes en général. Le premier cours de promotion de la santé fera l'objet d'une évaluation en vue d'en étudier les avantages.

Développement technique

L'utilisation des techniques modernes de communication sera encouragée afin d'accroître l'échange d'informations sur la promotion de la santé au sein de la Communauté européenne et avec le grand public. Le programme favorisera l'identification et la diffusion des connaissances et des méthodes de travail existantes. La collaboration entre les moyens de diffusion et le milieu de la promotion de la santé sera renforcée.

Le programme procédera à l'examen scientifique et à l'analyse des interventions en matière de promotion de la santé en Europe. L'évaluation et l'assurance de la qualité feront partie intégrante du programme.

Pour en savoir plus

M. Matti Rajala, Commission européenne - DG5/F/3, Bât EUFO, rue Alcide de Gasperi, Office: EUROFO-RCUM 3283, 2920 Luxembourg.

M. Jean-Luc Noël, Comité du Programme de promotion de la santé de l'Union européenne, Ministère de la Communauté française de Belgique, Bd Léopold II 44, 1080 Bruxelles.

Informations publiées dans le Journal officiel des Communautés européennes du 17 janvier 1997, et transmises à la rédaction par la Direction générale de la santé de la Communauté française de Belgique.

Le programme 1997 de promotion de la santé des Communautés européennes

Introduction

La promotion de la santé porte sur les modes de vie sains et la création d'environnements favorables. Elle met en jeu des stratégies intersectorielles et pluridisciplinaires dans divers champs d'action et englobe, dans le domaine de la santé, la santé publique, la prévention et la promotion.

Le programme d'action communautaire pour la promotion de la santé a pour objectif d'encourager l'évaluation de l'impact des actions et des instruments de promotion de la santé ainsi que l'élaboration d'une approche de la promotion de la santé dans les Etats membres en favorisant la définition des stratégies de promotion de la santé, leur évaluation et la diffusion des modèles de pratiques performantes.

A travers des mesures spécifiques de prévention et de promotion de la santé, le programme entend améliorer la qualité de l'information utilisée dans la promotion de la santé à propos de certains facteurs de risque et déterminants de la santé. Une attention particulière sera accordée aux approches intersectorielles et pluridisciplinaires et à la création d'environnements favorables à la promotion de la santé pour les groupes vulnérables ou défavorisés.

Le programme s'attachera également à améliorer la connaissance des mécanismes de conception des messages et d'évaluation des méthodes d'information en matière de santé et à encourager un échange d'informations et de documentation entre les professionnels et les responsables des politiques de santé publique et de promotion de la santé.

Le programme encouragera une intégration accrue de l'éducation à la santé dans les écoles, notamment de l'éducation sexuelle. Il favorisera la promotion et la diffusion des expériences et des méthodes les plus performantes d'éducation à la santé, adaptées à des groupes et à des champs d'action différents.

Le programme veut également contribuer à familiariser les professionnels de la santé, comme les décideurs et les gestionnaires de la politique et de l'action en matière de santé et les acteurs de la promotion de la santé sur le terrain (enseignants, éducateurs, travailleurs sociaux, médecins par exemple), avec les connaissances, les concepts et les méthodes liés à la santé publique, à la prévention et à la promotion de la santé.

Le programme est centré sur les déterminants de la santé plutôt que sur les maladies. La priorité sera donnée à la création d'environnements favorables et d'alternatives saines ainsi qu'à la maîtrise des individus et des collectivités sur leur santé. Il contribuera à l'analyse des difficultés rencontrées par les instances compétentes dans la mise en oeuvre de la promotion de la santé.

Une approche davantage axée sur l'anticipation sera élaborée en 1997. Des domaines prioritaires et des fonctions clés seront précisés en vue d'actions ciblées. Les liens avec d'autres programmes communautaires seront renforcés tandis que le partenariat avec le secteur privé, les organisations non gouvernementales et les organismes internationaux sera étendu.

Budget 1997

La ligne budgétaire "Santé publique, promotion de la santé, information sur la santé, éducation à la santé et formation en matière de santé publique" d'un montant de sept millions d'écus, a été approuvée par le Parlement européen.

Mise en oeuvre du programme

Les priorités du programme de travail seront publiées au *Journal officiel des Communautés européennes* en vue d'aider les acteurs potentiels à définir leur emploi du temps et à formuler des propositions dans le cadre du calendrier fixé pour ce programme. De plus, des appels à propositions et des appels d'offres seront lancés dans cer-

tains domaines prioritaires de façon à en garantir la mise en oeuvre.

L'évaluation des projets reste une partie intégrante de toute action menée dans le cadre du programme. Un effort complémentaire est demandé en vue de la définition de projets solides dans les domaines prioritaires. Un accent tout particulier sera mis sur l'évaluation des avantages effectifs des projets pour l'Union européenne et ses citoyens.

Les deux dates-limites pour les propositions sont le 15 mars et le 15 septembre 1997.

Un rapport annuel sera établi et privilégiera les synthèses des projets proposés et des actions prévues dans les propositions dont le financement est accepté ainsi que les rapports de projets déjà mis en oeuvre dans le cadre du programme.

Priorités pour 1997

Les domaines repris ci-après ont été jugés prioritaires. Pour plus de facilité, ils ont été classés sous différentes rubriques. La situation conditionnera l'approche la plus efficace en vue d'une intervention. Les différentes rubriques sont: généralités, thèmes, groupes cibles, champs d'action, formation, amélioration de la qualité, développement technique. Elles ne s'excluent pas nécessairement.

Généralités

Le programme soutiendra les activités coordonnées à l'échelon européen. Des mécanismes facilitant l'échange d'informations et d'expériences seront mis au point. Le programme sera axé sur la création accrue de moyen d'action dans la promotion de la santé et sur la mise en place de partenariats.

Les initiatives destinées à mettre en pratique les connaissances existantes seront privilégiées.

La participation de pays tiers admissibles dans le programme sera envisagée.

Pour mesurer le caractère planétaire de la promotion de la santé, le programme prendra une part active à la

CIMON M., Promotion de la santé et paupérisation,

in *Promouvoir la santé: réflexions sur les théories et les pratiques*, BASTIEN R. et a.a., Ed. REFIPS, Col. Partage, Montréal, 1994, pp. 39-52.

La pauvreté revêt un nouveau visage. Elle frappe de nouvelles couches de la population: les familles monoparentales, les chômeurs, les jeunes diplômés sans emploi, les petits salariés. La précarisation des emplois affectant une forte proportion de la population active, les fermetures massives d'usines et les faillites d'entreprises démontrent que diverses tranches de la société sont susceptibles de grossir les rangs des plus démunis. Il est bien de reconnaître les liens entre les conditions socio-économiques des démunis, leur environnement et leur santé, mais encore faut-il les prendre en compte. La distance culturelle entre les professionnels de la santé et les populations défavorisées est indéniable; leurs perceptions divergentes de la santé, des maladies et des facteurs de risques méritent toute l'attention. Les pistes de recherche sont nombreuses, ne serait-ce que l'étude sur les attitudes des intervenants à l'égard des milieux populaires.

Dossier: Santé et précarité,

in *Actualité et dossier en santé publique*, n° 12, septembre 1995, 36 p.

Les personnes en difficulté sont-elles plus malades, ont-elles moins accès aux soins, sont-elles moins soignées qu'auparavant? L'élargissement des droits et le développement du système de soins plaident pour le contraire. Les processus de pauvreté et de précarité ont probablement changé. Face à ces difficultés, de nouvelles pratiques se font jour qui mettent en perspective certaines questions. Le système de santé doit-il s'adapter et s'ouvrir ou doit-on encourager des espaces spécifiques à l'hôpital et ailleurs? Quels nouveaux savoir-faire les acteurs doivent-ils développer? Quelles modalités d'échanges doivent-ils savoir tisser? Voici quelques-unes des questions auxquelles ce dossier essaie de répondre.

FATRAS J.Y. et GOUDET B., RMI et santé: guide pédagogique à l'usage des professionnels,

Comité Français d'Education pour la Santé, Ed. CFES, Col. La santé en action: guide méthodologique et pratique en éducation pour la santé, Paris, mai 1993, 320 p.

La loi sur le Revenu Minimum d'Insertion (RMI) votée en décembre 1988, est venue compléter le système de protection français. Elle s'inscrit dans la continuité d'une législation qui vise à protéger les populations les plus fragiles: personnes âgées, handicapés, parents isolés, chômeurs. Elle a un caractère subsidiaire, puisque le RMI n'est mis en jeu qu'à défaut de pouvoir ouvrir d'autres droits, le plus souvent plus avantageux. L'objet de ce guide est d'aider les acteurs de la santé à se retrouver dans cette question difficile, et à leur permettre de mieux orienter leur action.

Inégalités santé exclusions,

in *Prévenir*, n° 28, octobre 1995, 208 p.

Ce numéro de la revue française *Prévenir* est entièrement consacré à l'influence des inégalités et de l'exclusion sur la santé des Français: aujourd'hui, des personnes renoncent aux soins parce que leur prise en charge est insuffisante; la maladie génère l'exclusion, l'exclusion nuit à la santé. Des statistiques précises détaillent les différences de consommation médicale des Français. Les comportements vis-à-vis des soins médicaux dépendent du milieu social et du revenu.

La première partie de ce numéro de *Prévenir* fait raison d'une simple relation entre consommation médicale et santé pour étudier les rapports entre statut socio-professionnel et conditions de vie et de santé. Mais, si les inégalités en santé n'ont pas pour origine essentielle l'insuffisance du système de soins et de protection sociale, il faut souligner que l'adaptation de l'offre de soins et l'amélioration de la protection sociale est nécessaire pour réduire ces inégalités. La démonstration est plus évidente si on l'applique aux personnes qui se situent au bas de l'échelle des inégalités: les exclus. C'est l'objet de la seconde partie de ce numéro de *Prévenir*.

LECOMTE T. et MIZRAHI A., Précarité sociale: cumul des risques sociaux et médicaux. Enquête sur la santé et les soins médicaux en France 1991-1992,

Centre de Recherche d'Etude et Documentation en Economie de la Santé, Ed. CREDES, 1996, 85 p.

Analyse des cumuls de situations sociales et/ou médicales défavorables observés au cours de l'enquête sur la santé et les soins médicaux de 1991-1992: définition d'un score de risque individuel de précarité sociale (emploi, scolarité, nationalité, couverture maladie); relation entre scores de précarité sociale au niveau du ménage; lien entre précarité sociale du ménage et précarité sociale individuelle; définition d'une vulnérabilité médicale au niveau individuel; analyse de ces indicateurs selon la participation à l'enquête, l'âge, le sexe, l'activité, le revenu, le type de famille, le statut matrimonial, la profession individuelle, la couverture maladie, la protection sociale, ... Relation entre précarité sociale et vulnérabilité médicale, et bi-vulnérabilité selon le sexe, l'âge, la catégorie professionnelle, la nationalité, ...

Normalisation de l'exclusion sociale: pourrions-nous faire l'économie du conflit?,

Colloque sur l'exclusion sociale, Bruxelles le 3 décembre 1992, Ed. Conseil bruxellois de coordination sociale, Bruxelles, 1992, 53 p.

PERRIER P. et FATRAS J.Y., Populations défavorisées: une santé en état d'urgence,

Col. Les dossiers de la santé de l'homme, in *La santé de l'homme*, n° 301, octobre 1992, pp. 16-30.

Evaluer l'ampleur, l'importance de la précarité en France et dans les pays industrialisés n'est pas évident; c'est à la fois une nécessité et un risque. Les données objectives sur l'état de santé des populations défavorisées sont d'autant plus rares que ces personnes échappent le plus souvent au système de protection sociale ou en sont exclues. Quant aux études sur l'alimentation des personnes défavorisées, elles estiment que 500.000 personnes

ne mangent pas à leur faim en France. L'alimentation des milieux défavorisés est déficitaire et déséquilibrée. Il était temps de passer de l'assistance au droit, du bon délivré au coup par coup à l'égalité d'accès aux soins. Déjà, la loi de 1988 instaurant le RMI affilié automatiquement ses bénéficiaires à l'assurance maladie. Restait le ticket modérateur pris éventuellement en charge par l'aide médicale. Beaucoup de Départements ont créé une "carte santé" pour faciliter l'accès aux soins des plus démunis.

Politiques et stratégies

BROCAS A.M. et ZAIDMAN C., Santé 2010: équité et efficacité du système, Commissariat Général du Plan, Ed. La Documentation française, Paris, 1993, 512 p.

Les systèmes de santé et de protection sociale des différents pays reposent tous sur un équilibre différent entre équité, efficacité et liberté des acteurs. En France, la primauté a été accordée jusqu'à présent aux objectifs de solidarité et de liberté, sans qu'une attention suffisante soit portée à l'efficacité. Cette situation ne saurait se prolonger, les perspectives de financement de l'assurance-maladie à l'horizon 2010 imposent en effet des choix. Les rapports présentés dans ce volume étudient les conditions dans lesquelles ces choix pourraient être opérés. A la lumière des contraintes macro-économiques et des exigences d'équité sociale, sont analysés les différents systèmes d'incitation micro-économique envisageables (rémunération des producteurs et participation des usagers).

DAHLGREN G. et WHITEHEAD M., Politiques et stratégies en faveur de l'égalité devant la santé,

OMS, Bureau Régional de l'Europe, Ed. OMS, doc. EUR/ICP/RPD 414 (2), in *Série 2000*, Copenhague, 1992, 54 p.

Ce document est le deuxième de la série 2000 consacré à la lutte contre les inégalités dans le domaine de la santé.

Il ne prétend pas indiquer un schéma d'action universel. Il tente seulement de poser les jalons préliminaires dans le domaine relativement inexploré de l'analyse décisionnelle et tire de l'expérience théorique et pratique des pays européens des leçons concernant la lutte contre les inégalités sociales en matière de santé. Il a pour vocation de susciter un débat entre les responsables politiques et les praticiens des différents secteurs.

KUNST A.E. et MACKENBACH J.P., La mesure des inégalités de santé d'origine socio-économique,

OMS, Bureau Régional de l'Europe, Ed. OMS, doc. EUR/ICP/RPD 416-00395, in *Série 2000*, Copenhague, 1996, 116 p.

Ce document, troisième d'un programme OMS sur l'égalité devant la santé, traite la mesure des inégalités de santé d'origine socio-économique. Il s'adresse à un public de responsables politiques et de scientifiques. Le document est structuré en trois parties:

- la première partie, qui énonce les grandes idées du document, présente et résume les principaux problèmes techniques. Cette partie s'adresse à quiconque s'intéresse à la mesure des inégalités de santé d'origine socio-économique, notamment aux responsables politiques chargés d'élaborer et d'appliquer une stratégie de surveillance des inégalités;

- la deuxième partie, qui aborde en profondeur les questions techniques, s'adresse essentiellement aux chercheurs et aux statisticiens. Quand une question a un large consensus dans les ouvrages spécialisés internationaux, il en est fait état dans le texte. Lorsqu'un consensus fait défaut, le document s'efforce généralement de rapprocher les différentes perspectives;

- la troisième partie reprend quatre études de cas ayant pour objet la mesure des inégalités d'origine socio-économique. Ces études ont été réalisées dans des pays de la Région européenne: Espagne, Finlande, Hongrie et Pays-Bas.

Lutter contre la pauvreté et l'exclusion en Europe: guide d'action et description des politiques sociales,

Réseau européen des associations de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (EAPN), Ed. Syros, Paris, 1996, 354 p.

Que sait-on de l'action de l'Union européenne en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion? Que sait-on des politiques de nos voisins dans ce domaine, de leur système de protection sociale, des moyens qu'ils mettent en oeuvre pour lutter contre l'exclusion?

Une équipe de l'Uniopss a mené une enquête approfondie sur ces questions auprès des instances européennes et dans chaque pays de l'Union.

Cet ouvrage est destiné à tous ceux qui entendent conjuguer construction européenne et lutte contre la pauvreté: pour la recherche de financements ou des partenariats européens afin d'amplifier leur action; pour des informations jusqu'à présent difficilement accessibles.

L'information est organisée en deux parties:

- une présentation pratique de la politique sociale de la Commission européenne et de ses programmes en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion; un point sur les réseaux européens existants dans ce domaine;

- une description synthétique des systèmes de protection sociale et des dispositifs de lutte contre l'exclusion dans chacun des quinze pays membres.

Ce livre, complété par des adresses et une bibliographie, est une référence pour une meilleure connaissance de l'Europe sociale.

WHITEHEAD M., Concepts et principes de l'égalité des chances en matière de santé,

OMS, Ed. OMS, *Série 2000*, Copenhague, 1990, 33 p.

Voici le but proposé par l'OMS: d'ici l'an 2000, les différences effectives d'état sanitaire entre pays et entre groupes à l'intérieur du même pays de-

Locales

Une randonnée à vélo pas comme les autres

Un projet concret de santé globale en milieu scolaire

Feuilleter un ouvrage sur les chemins de halage, rien de bien extraordinaire. Un professeur, amoureux de la "petite reine" y trouva l'idée de traverser la Belgique à vélo le long de ses canaux, avec les élèves de troisième rénové de son école, le Collège Saint-Remacle de Stavelot.

Ce projet fut réalisé en 1994, 95 et 96, de l'est du pays jusqu'à la mer du Nord.

Et en 1997? Le projet est nettement plus ambitieux: relier l'Atlantique à la Méditerranée en suivant à vélo le canal latéral à la Garonne et le canal du Midi.

Ce projet implique l'engagement de toute une équipe: professeurs, parents et bien sûr élèves.

S'occuper d'élèves en dehors de la classe transforme les relations. Encore plus lorsqu'il s'agit de vivre ensemble une aventure où tout le monde est mis à contribution. Les relations sont transformées, car les représentations que chacun a de l'autre changent, les étiquettes si difficiles à enlever peuvent être oubliées: chacun se découvre d'autres qualités, et en découvre aussi chez l'autre.

Ce projet modifie aussi les rôles de chacun. Professeurs, élèves... sont amenés à sortir du carcan traditionnel que leur a réservé le système scolaire. Les rôles se diversifient, se multiplient et finalement se rapprochent de ceux de la vie sociale. Ceci constitue donc un apprentissage très important de la vie en société.

Ici, les élèves quittent l'école pour découvrir le monde. Ceci est une démarche intéressante qui change de l'habituel invité qui vient parler du monde en classe.

L'importance du partenariat

L'école a peu de moyens et le projet "Canal 3" revendique son indépendance par rapport à l'école. Il faut donc beaucoup de disponibilité, de créativité au sein de l'établissement, mais cela ne suffit pas. Le partenariat

avec la Croix-Rouge permet de former des secouristes, avec des firmes régionales de diminuer le coût du transport (élèves, accompagnants, matériel et vélos), avec le PMS d'établir des menus équilibrés et appropriés à l'effort physique à fournir, avec des troupes scouts de nous loger (prêt des tentes), aux associations de parents et d'anciens de notre collège de nous aider financièrement. Le partenariat permet aussi d'agir sur le monde extérieur: publicité, presse...

Le raid se déroulera du 23 au 31 mai 1997. Au départ d'Agen, 134 élèves de troisième et une trentaine d'accompagnants tenteront de rejoindre, à vélo, la Méditerranée au Cap d'Agde. Le parcours sera divisé en 7 étapes de plus ou moins 50km chacune.

Une organisation minutieuse est nécessaire si l'on veut qu'un tel projet aboutisse, notamment un entraînement physique adéquat. Chaque élève recevra un plan d'entraînement progressif dont il sera responsable et les cours d'éducation physique veilleront à renforcer les muscles qui seront soumis à rude épreuve. L'effort physique ne se limite pas seulement à une semaine mais est un travail de longue haleine!

Tous les élèves de troisième participent. S'il est vrai qu'un certain nombre d'entre eux font partie de clubs sportifs, d'autres ne pratiquent aucun sport, si ce n'est à l'école, c'est-à-dire deux fois cinquante minutes par semaine! Et pourtant, tous relèvent le défi, aucun élève n'est écarté, pas même les asthmatiques, aidés par leurs médecins. Et pour les défaillances passagères, une solution tandem intervient et les plus costauds aident leurs condisciples!

L'indispensable organisation

Pour l'intendance (transport, logement et repas), une équipe de professeurs et de parents est déjà constituée et au travail.

Avant le départ, les élèves et leurs professeurs recherchent les lieux à visiter et les animations à prévoir. Ils mettent en route les actions nécessaires pour récolter des fonds (lavage de voitures, souper...).

Pendant le raid, chaque classe sera répartie en cinq groupes. Ceux-ci sont chargés de tâches bien précises:

- les guides, spécialistes des cartes, indiqueront l'itinéraire et seront responsables de la sécurité;

- les secouristes régleront les petits "bobos" avec leur trousse de premiers soins (une équipe de parents infirmiers se chargera des blessés éventuels);

- les mécaniciens seront prêts à intervenir sur les vélos;

- les journalistes feront parvenir des informations avant, pendant et après le périple aux journaux et radios qui acceptent de nous suivre;

- les animateurs seront chargés de remonter le moral des troupes;

Chaque classe sera encadrée par trois professeurs ou accompagnants et sera responsable de l'organisation d'une étape (lieux à visiter, soirée...).

Bon pour le moral

Le succès des projets précédents nous a permis de constater un renforcement sensible des liens entre tous les participants. Il y a de l'étonnement, de la fierté, de la confiance en soi, de l'entraide et du respect, voire une admiration réciproque.

Ainsi, nous avons rencontré des étudiants fiers de leur école, des élèves en situation d'échecs qui abordaient leur session d'examens avec une motivation et une confiance toutes neuves après le 'raid'. Nous avons aussi retrouvé des enseignants enthousiastes, des parents rassurés et émus par cette réalisation.

L'équipe de Canal 3, Collège Saint-Remacle de Stavelot

La CLC de l'arrondissement de Verviers accompagne ce projet.

Précision

A propos de l'article 'Des 'Journées outils' dans la Province de Namur' (Education Santé n° 114, page 20), la CLC de Namur nous demande de préciser la collaboration de Dominique Charlier, documentaliste à l'Institut Provincial d'Hygiène Sociale de Namur, au projet.

siste encore dans la Belgique actuelle. La prévalence de la mortalité périnatale est plus importante dans les milieux socio-économiques défavorisés telles les populations immigrées marocaines. Un suivi prénatal optimal a un effet favorable sur l'issue de la grossesse. La question-problème posée par l'auteur est la suivante: comment les facteurs intervenant dans l'issue de la grossesse maximisent-ils le potentiel santé de l'enfant à la naissance, en tenant compte de la prévalence plus importante de la périnatalité et de l'utilisation tardive et irrégulière des services de santé prénataux chez la femme marocaine immigrée en Belgique? Chez celle-ci, les représentations de la grossesse, de la périnatalité et des services de soins prénataux sont différentes. Face à ces comportements tardifs de type préventif, ces populations adoptent peut-être d'autres comportements préventifs non régis par le monde biomédical occidental mais culturellement véhiculés, voire valorisés par la société marocaine. Dans le cadre de cette recherche, l'approche socio-anthropologique de la périnatalité dans la population marocaine en Belgique, a été privilégiée par rapport aux autres approches. Santé, grossesse, périnatalité sont étroitement liées. Les comportements autour de la grossesse s'inscrivent donc dans un cadre culturel déterminé. De plus, aborder le comportement préventif fait apparaître comment, dans différentes cultures, sont appréhendés la mort, la maladie et le malheur.

LEDOUX-COURCELLE M.,

La qualité de la vie: une dimension positive du concept santé.

Analyse exploratoire avec les enfants de leurs représentations de la qualité de la vie comme préalable à l'implantation d'un programme de prévention des assuétudes, mémoire RESO-UCL, Louvain-en-Woluwe, septembre 1994, 161 p.

Convaincue du caractère primordial de la précocité de toute prévention, l'auteur réfléchit aux moyens à privilé-

gier pour mener une action éducative efficace dans le domaine de la prévention primaire des assuétudes auprès de jeunes enfants.

LIBERT A.,

L'école est-elle un lieu de parole où les adolescents ont envie de s'exprimer au sujet de leur santé?

Recherche réalisée dans le cadre d'une école secondaire technique et professionnelle de Gosselies,

mémoire UCL-RESO, Louvain-en-Woluwe, juin 1992, 197 p.

Différents aspects de la littérature permettent de mieux cerner le vécu des jeunes au moment de l'adolescence et l'interpellation personnelle par rapport à une problématique rencontrée au sein de l'institution scolaire.

La plainte et la réponse à la plainte: sens réalité représentation:

objet/sujet de santé,

Colloque international des 11-12 et 13 octobre 1991 à Bruxelles, Fédération des Maisons Médicales et Collectifs de Santé francophones, Bruxelles, 1991, 426 p.

La plainte déborde régulièrement le champ de la santé notamment pour celui de l'économie, du culturel ou du politique. La plainte, complexe par les champs qu'elle interpelle, est aussi complexe par les sources qui l'alimentent jusqu'à son point d'émergence et cette alimentation poursuit souvent un très long cheminement.

Elle porte tous les éléments de l'univers de la santé: les mythes, les faits, les croyances et les institutions. La transformation de la plainte à sa rencontre des professionnels, de la plainte en symptômes, du malaise en maladie, cette transformation paraît une démarche tellement réductrice de l'activité humaine, du sujet. Et ce recentrage sur l'homme, lequel ne peut être le point d'arrivée de l'acte médical que pour autant qu'il en ait été le point de départ, donne tout son sens à ce col-

loque. Objet/sujet quasi spécifique des professionnels de première ligne, la plainte se situe à un point d'interpellation des pratiques individuelles mais aussi des modèles institutionnels élaborés. Le contenu de la réflexion sera donc alimenté par l'expérience quotidienne. Nombre de plaintes que reçoivent les services de santé n'ont de solution réelle qu'ailleurs. L'invalidité relative du médical ouvre un défi: créer la tension entre l'individuel et le collectif, entre le relationnel et l'organisationnel.

Une visite à la plage: une expérience d'intégration des enfants du quart-monde,

Maison médicale Santé Culture, ATD Quart-Monde, in *Génération ONE*, n° 18-19, janvier 1996, pp. 39-41.

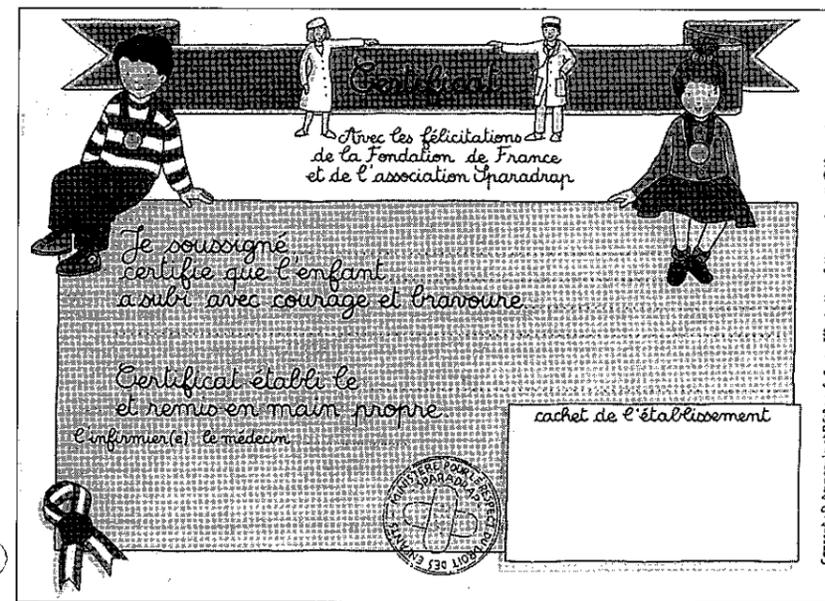
La plage est une maison de rencontre. Le principe est simple: des mamans y emmènent leur bambins, papotent entre elles, échangent leurs expériences tandis que les enfants jouent. Seule différence avec d'autres maisons portes ouvertes: toutes les mamans viennent du quart-monde.

Travail social

HERSCOVICI A., VANHERCKE B., MOULIN M. et GODARD M.,
Santé et pauvreté: le rôle des CPAS,

ULB, Centre de sociologie de la santé, Institut de Sociologie, Ed. Centre de diffusion de la culture sanitaire ASBL, Bruxelles, octobre 1996, 54 p.

Ce texte repose sur les résultats de la recherche effectuée par le Centre de Sociologie de la santé de l'ULB en 1995. Il est conçu pour en dégager les grandes lignes, le contexte et les perspectives, et contribuer ainsi à la discussion et à la réflexion avec les acteurs concernés, notamment dans le cadre de la table ronde "CPAS et soins de santé". Les objectifs de la recherche avaient la double ambition d'évaluer l'état de santé des minimexés et des bénéficiaires de l'aide sociale, et d'analyser les pratiques usuelles des



donné: c'est la "redécouverte de la sympathie", "le plaisir de faire plaisir" éprouvé par l'équipe soignante, qui compense les choses désagréables qu'elle a dû faire subir. "On parle un peu avec chaque enfant en lui expliquant son opération, souvent dans le but de le calmer ou de lui dire qu'il avait été vraiment courageux". On fait "comprendre à l'enfant qu'il était partie prenante dans l'intervention et l'hospitalisation". Les parents sont "émus du geste de la part du service", et "disent leur fierté de leur enfant qui a enduré des souffrances". Les enfants de leur côté sont "heureux et fiers" de repartir avec ce document qui "prouve qu'ils ont été opérés", ils ont l'impression de devenir "importants" lorsqu'ils regardent leur certificat"... Près de 50.000 certificats ont été diffusés pour la première année de fonctionnement, et la demande continue de croître. 50.000, c'est beaucoup, et c'est peu si l'on songe aux 750.000 enfants qui chaque année subissent une anesthésie en France.

La nature de l'enjeu

En 1994 est parue en France une vaste étude statistique du C.R.E.D.E.S., que l'on peut considérer comme historique. En effet la conclusion principale de cette étude était que "les troubles de santé des adultes sont liés fortement avec les conditions affectives difficiles qui ont pu présider au déroulement de leur enfance (...). L'inégalité vis-à-vis de la maladie et de la souffrance n'est pas seulement sociale. Elle est aussi fami-

liale et est fréquemment associée aux problèmes affectifs qu'une personne aura connus lors de son enfance en famille. Cinq problèmes affectifs durables (manque affectif durable, conflit parental, absence durable des parents, ou encore maladie grave du père ou de la mère) s'ils ont été vécus avant 18 ans, augmentent très significativement le risque de déclarer des maladies ou des symptômes à l'âge adulte. Comparativement les inégalités de santé associées aux différences de statut social, de diplôme, ou de niveau de revenu du ménage sont bien moins importantes."

L'important c'est l'amour, pourrait-on conclure de façon synthétique... De tout cela on voudrait faire émerger la notion de maillage. L'hospitalisation d'un enfant est peut-être une bonne occasion de sentir l'importance de ce tissu relationnel, sans lequel nous ne pouvons littéralement pas vivre. Si chaque hospitalisation, chaque séparation, en mettant à mal les liens entre les personnes, déchire ou fragilise silencieusement une maille de ce tissu, qui peut dire quand il va se défaire? Les hospitalisations répétées de jeunes enfants ne touchent pas n'importe quelles familles, mais celles dont le choix de ressources en matière de santé se limite pratiquement à l'hôpital, celles aussi qui cumulent difficultés et handicaps.

"Le sujet humain a droit à la continuité d'existence et cette continuité dépend de conditions particulières touchant son environnement (...) Placer l'enfant dans un milieu quelconque sans assu-

rer à ce lieu les qualités élémentaires, c'est contraire l'enfant à vivre comme un objet. Mettre l'enfant dans un environnement sans qualités ou dans un placard, c'est interrompre momentanément son existence de sujet humain; c'est le placer en position d'attente... d'attente d'un temps pour exister. Cette situation d'attente est une situation de rupture. C'est précisément ce qui n'est plus admissible" (B. Franjou, architecte).

Tels sont les enjeux de l'accueil, terme à mon avis inadéquat mais qu'il faut bien employer faute de mieux. Un mot sur les échecs et les limites: nous n'avons pas réussi à faire entrer les parents dans les salles de réveil, alors que de nombreux parents en font la demande. Et dans ce désir de se protéger du regard des parents, qui sont toujours le porte-parole des enfants, il faut discerner le poids de souffrance mise en jeu chez les soignants dans la relation avec l'enfant malade. Ne méconnaissions pas la dureté et la violence qui règnent dans les services de chirurgie mais qui se voient peu, canalisées qu'elles sont par des règles d'organisation rigides et ritualisées. Inévitablement un projet d'accueil ou d'animation culturelle bouscule un peu ces règles, mobilise de l'angoisse pour créer de la vie relationnelle.

Il faut être à la fois persévérant et modeste. C'est peut-être une question de temps et de rythmes, comme si tout cela suivait des cycles d'environ trois ans. Puis l'initiative "tourne" en changeant de forme...

"Dans la plaine les baladins s'éloignent au long des jardins, devant l'huis des auberges grises, par les villages sans église..." dit le poète, mais on sait qu'ils reviendront. On peut avoir l'impression que c'est fini, mais toujours quelque chose reste. Ainsi dans le service d'ORL, on a pu voir l'implication nouvelle de l'équipe éducative (éducatrice de jeunes enfants, institutrice) dans la décoration des lieux (y compris l'ascenseur, lieu de toutes les ruptures), dans la création avec les enfants de contes de Noël, dans l'organisation de concerts. L'intérêt des soignants pour la prise en charge de la douleur s'est affirmé, en liaison avec la création de la banque de données Pédiadol. On a fait l'inventaire des douleurs "évitables" au quotidien et des solutions ont été trouvées. La consultation d'anesthésie, désor-

més de Tom et Jerry, et que la souris a beau être moins grande et moins forte que le gros chat, c'est quand même elle qui gagne à la fin.

La mère de Corentin, un an, raconte encore la période douloureuse où il fallait une surveillance par cardioscope au domicile, à cause des difficultés respiratoires que présentait le nourrisson. Pendant ce temps Corentin monte sur une petite chaise, et tombe par terre. Quelques minutes plus tard, et à deux reprises sa mère le pose sur la table d'examen et s'éloigne, le mettant en danger de tomber. A chaque fois, je fais un geste automatique de protection vers l'enfant. Que signifient ces mises en scène de risque répétées de la mère et de l'enfant? Ont-elles un lien avec ce que cette famille a vécu?

Un enfant va sortir du service d'ORL après son opération des végétations quand sa mère présente inopinément une hémorragie utérine. Comme on ne tarde pas à le découvrir, elle venait de subir une interruption volontaire de grossesse, mais n'en avait pas parlé lors de la consultation. L'homophonie VG-IVG vient à l'esprit. Très innocemment, pour répondre aux questions de la mère, j'ai probablement nourri cette analogie, qui s'appuie sur l'identité de l'instrument chirurgical, une curette, et du geste, le raclement contre une paroi arrachant des débris. Les végétations s'identifient ainsi aux fragments placentaires et à l'embryon, fragments de vie devenus mauvais. Mais avec quelle culpabilité pour la mère... Et c'est cette culpabilité qui se rejoue là, dans le langage du corps.

Exagère-t-on quand on dit que le lien entre la mère et le jeune enfant est un lien charnel, et ne devrait pas être traité à la légère, même si nous, soignants et médecins, avons tendance à banaliser les diverses agressions infligées au corps de l'enfant et les ruptures multiples qu'implique une hospitalisation?

Notre expérience à l'Hôpital Armand Trousseau

Danielle Rapoport raconte comment, en 1965, avec une batterie de "baby-tests" destinée à l'évaluation psychométrique des jeunes enfants, un service de pédiatrie découvrait... que les enfants hospitalisés aiment

jouer, et que cela peut être thérapeutique: les tests étaient devenus prétextes à jeu, observation fine et plaisir partagé. L'expérience de Marcel Rufo qui, à Marseille, préconise l'hospitalisation conjointe du jouet préféré et de l'enfant, celle de la suédoise Ivonny Lundquist et de ses Départements de jeu, sont là pour nous le confirmer. Oui, en pédiatrie, le jeu est la voie royale du soin, car c'est le mode d'activité naturel par lequel l'enfant appréhende le monde.

Dans le service d'ORL de l'hôpital Armand Trousseau, nous avons commencé en 1988 un travail d'explication aux enfants et aux familles qui a pris la forme de réunions d'abord informelles, puis plus organisées. Ainsi les enfants qui devaient être opérés ont pu se familiariser avec les mystères de l'anesthésie et du bloc opératoire: ils ont essayé les étranges tenues des soignants, goûté le sérum glucosé pour voir si c'était sucré, collé les électrodes du cardioscope et mis en marche l'appareil, manipulé les masques d'anesthésie... Surtout cela a été l'occasion de poser à un médecin-anesthésiste toutes les questions que d'habitude on garde pour soi: comment fait-on pour dormir, comment être sûr de ne pas se réveiller au milieu, et de se réveiller à la fin, est-ce qu'on a mal? Et mille autres interrogations. Forts de leur expérience toute neuve, les enfants déjà opérés ont servi de guide aux "novices", avec ce sens de l'entraide si spécial aux collectivités d'enfants.

Des outils audio-visuels ont servi de support à ces explications: un film "Bloc opératoire 3e étage", relatant l'extraordinaire aventure d'une équipe d'enfants enquêtant au coeur même d'une salle d'opération pour le compte du "Ministère pour le respect du droit des enfants"; un "trombinoscope" montrant les médecins et personnels soignants du bloc opératoire avec et sans le masque qui transforme l'aspect de leur visage; des carnets de photographies retraçant le parcours de l'enfant opéré à l'aide de photographies d'enfants ou d'animaux en peluche.

Ces carnets sont toujours en usage, et les réactions de très jeunes enfants devant certaines photos sont étonnantes. Souvent un parent, en ma présence, s'empare du carnet avec l'enfant sur les genoux et commente les images:

l'unité parent-enfant se reforme, le parent retrouve un rôle, et je n'interviens plus que pour répondre à une question, préciser un détail.

Nous avons aussi cherché à transformer et à détourner certains matériels pour introduire dans la présentation de l'anesthésie un élément de jeu. Ainsi sont nés les masques décorés, sonorisés, les masques à sifflets-avions. Des nounours servent quotidiennement à mimer aux jeunes enfants les gestes techniques qui vont être accomplis. Le succès que reçoivent ces innovations sur les stands de l'association Sparadrapp ne se dément pas auprès de mes collègues. Entre technique soignante et jeu enfantin, l'objet transformé introduit à un autre rapport à l'enfant.

Pendant trois ans les musiciens-formateurs de l'association Enfance et musique ont été présents dans le service d'ORL. Ils ont accompagné, parfois jusqu'à la table d'opération, les enfants de l'hôpital de jour. Des moments musicaux très riches ont eu lieu dans les salles d'hospitalisation avec les bébés, avec les parents et les soignants présents. Cette intervention, actuellement interrompue, a laissé des traces profondes chez les soignants.

Grâce à l'appui de la Fondation de France, nous avons mis au point le "certificat de courage et de bravoure", inspiré de créations analogues en Angleterre, aux USA et en Israël. Ce certificat est donné en mains propres à l'enfant au moment de sa sortie ou après un soin, un scanner, une séance de chimiothérapie, une opération. Il lui appartient et porte son nom. L'opération ou le soin y sont nommés, en termes exacts et compréhensibles, et l'enfant peut ainsi les inscrire dans sa propre histoire. Certains enfants l'encadrent, on le montre aux frères et soeurs, aux copains, les parents le conservent dans le carnet de santé... Dans des services accueillant des nouveau-nés, le certificat est délivré aux parents, en attendant que plus tard les enfants retrouvent ce témoin de leur histoire néonatale.

L'association Sparadrapp diffuse largement ce certificat. Une enquête réalisée auprès des utilisateurs a montré que le certificat répondait à un réel besoin. Il personnalise les relations enfants-soignants. On nous parle de la joie partagée entre l'enfant, les parents et les soignants au moment où il est

CPAS face aux problèmes de santé de leurs usagers. Se basant sur une double hypothèse: l'existence de problèmes de santé spécifiques aux populations aidées par les CPAS et sur le lien entre morbidité différentielle et consommation médicale différentielle et inappropriée par défaut d'accès aux services médico-sanitaires. Dans ce cadre, émerge l'interrogation sur l'adéquation des pratiques des CPAS aux problématiques médicales spécifiques de leurs "clients", et en particulier sur le rôle des CPAS en matière d'accès aux soins de santé. Les auteurs ont privilégié l'approche qualitative des CPAS, qui prend en compte leur diversité.

MOULIN M., HERSCOVICI A. et GODARD M., Dynamiques de l'aide sociale. L'articulation des secteurs formel et informel: étude des dynamiques de l'aide sociale dans le domaine médico-sanitaire,

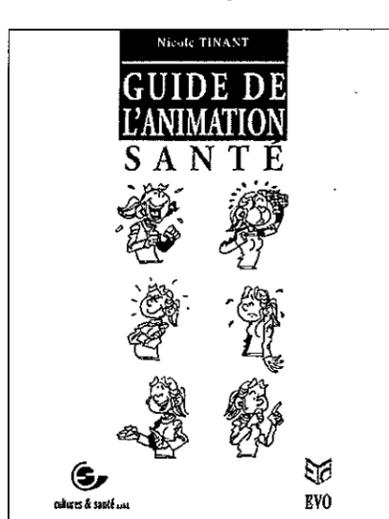
Services fédéraux des affaires Scientifiques Techniques et Culturelles (SPPS), ULB, Centre de Sociologie de la santé, Ed. INBEL, Col. Programme de recherche en sciences sociales: services sociaux, Bruxelles, septembre 1994, 188 p.

STOFFELS M.G. et DUMONT J., Le quart-monde en Belgique,

in *Annales Cardijn*, n° 6, 1989, 139 p.

Dans une première partie, l'auteur tente de définir la pauvreté de manière conceptuelle (en tant que position sociale). Ensuite il aborde une approche structurelle pluridimensionnelle (dimensions historique, économique, institutionnelle, culturelle). Enfin la troisième approche est en termes de pratiques (dynamisme que les acteurs mettent en place, possibilités de changement, pistes de connaissance et d'action (conférence ATD-QM). A ceci fait suite un complément documentaires (sources). Enfin, en annexe, deux articles d'ATD-QM. Intéressant comme ouvrage de fond. Ne parle ni de santé, ni d'éducation pour la santé.

TINANT N., Guide de l'animation santé: propositions pour travailler avec des groupes d'adultes peu scolarisés et/ou maîtrisant peu le français,



Il n'y a de véritable promotion de la santé que si les intéressés sont capables de participer activement et efficacement aux activités ou aux moyens mis en oeuvre pour améliorer leur santé. Parmi ces intéressés, il y a ceux et celles qui, quelle que soit leur origine, sont peu scolarisés ou maîtrisent peu le français. Ce guide s'adresse aux éducateurs, animateurs, assistants sociaux, infirmières, médecins... qui souhaitent utiliser la pédagogie de groupe pour mener leur public, composé d'adultes ou de grands adolescents, vers une meilleure gestion de leur santé et vers une meilleure communication avec le système de soins de santé. Les auteurs ont cherché à systématiser ici une multitude de situations vécues. Ils espèrent ainsi encourager et aider l'éducateur à préparer et à évaluer sa propre action.

TINANT N., IHADTEN L., CLAYES BOUUAERT T. et VANDESKELDE C., Information sexuelle: le guide pratique d'animation santé, Cultures & santé,

Ed. Vie Ouvrière, Bruxelles, 1995, 310 p.

Ce guide fournit des propositions pour animer des groupes d'adultes peu scolarisés et/ou maîtrisant peu le français. Il propose une réflexion et des stratégies d'animation autour de différents thèmes liés à la sexualité. Les thèmes envisagés sont la physiopathologie du système urogénital, les menstruations, la ménopause, les examens médicaux, le vécu des adultes quant à leur vie affective et sexuelle et à l'éducation de leurs enfants. L'objectif de ce guide est d'améliorer la communication en livrant des informations spécifiques qui pourront éclairer l'origine d'éventuels dysfonctionnements lors d'une animation axée sur la sexualité. D'autre part, les auteurs ont voulu recentrer toute la réflexion culturelle dans un contexte plus large de traditions plus ou moins impliquées dans des processus de changement. Chaque chapitre rassemblera donc quelques extraits bibliographiques sur les traditions d'une part, sur les sources religieuses d'autre part.

VRANCKEN J.L., Exclue du travail: des pistes d'insertion,

Ed. Provinces francophones de la Région wallonne, in *L'Observatoire: revue d'action sociale & médico-sociale*, n° 8, Liège, 1996, pp. 17-49.

Emploi et exclusion sociale, l'Union européenne et les différents gouvernements belges ont mis dans leurs priorités la lutte contre le chômage et la création d'emplois. L'Observatoire présente un dossier consacré à cette thématique; les articles qui le composent ont été réalisés par des opérateurs de terrain de la Région wallonne.

Milieu urbain / Quartier

Approche d'un quartier: rapport de recherche de l'Equipe Mobile d'Infor-Drogues,

Infor-Drogues, Bruxelles, 1995, 90 p.

Recherche constituant une phase préliminaire à la mise en oeuvre d'un travail de prévention dans la zone de la région bruxelloise. La zone concernée

a été définie dans le cadre du Fonds d'Impulsion à la Politique des Immigrés et se situe entre les communes de Saint-Gilles et Forest. L'enquête porte sur un périmètre à l'intérieur de cette zone et vise à recueillir des informations concrètes sur les comportements des jeunes immigrés face aux substances stupéfiantes et aux conséquences sur la population autochtone. D'autres problématiques vécues par les jeunes et les difficultés rencontrées par les adultes à l'égard de leur quartier sont également mises en évidence.

Une première partie de l'enquête consiste en un recueil de données quantitatives (données générales sur la population - recensement INS, données relatives au chômage et à l'aide sociale, données sur la population fréquentant les écoles secondaires -, données pénales et médicales sur le comportement de la population vis-à-vis des stupéfiants). La seconde partie, plus qualitative, est consacrée aux représentations des stupéfiants recueillies auprès des policiers, des pharmaciens, des directeurs d'école, des jeunes et des habitants du quartier. En conclusion, les auteurs proposent des pistes de travail ultérieures.

BERTOLOTTI F., JOUBERT M., ARENE M., BRIXI O. et FATRAS J.Y., Ville et santé: guide pédagogique à l'usage des professionnels,

Comité Français d'Education pour la Santé (CFES), Ed. CFES, Col. La santé en action, Vanves, décembre 1995, 269 p.



Fruit d'une collaboration entre la Délégation Interministérielle à la ville (DIV) et le CFES, cet ouvrage collectif se veut à la fois une halte, un prolongement et une ouverture. Comment imaginer une ville sans un espace de socialité solidaire? A quel prix parvenir à un milieu urbain à dimension humaine, sachant les souffrances et les espérances dont témoignent les faits et les idées de celles et ceux qui y vivent et travaillent? Une politique locale de santé intégrée à la politique de la ville, des pratiques professionnelles plus ouvertes, mieux coordonnées et attentives aux besoins de ceux qui sont le plus en difficulté, une place plus grande aux habitants des quartiers: tels sont les enseignements et les ouvertures qui se dégagent de cet ouvrage.

LEBORGNE D., Recherche action participative à la cité du Coq à Jemappes: une méthodologie pour l'élaboration de préalables à un projet d'éducation pour la santé,

mémoire RESO-UCL, Louvain-en-Woluwe, janvier 1993, 107 p.

Le quartier du Coq à Jemappes (Mons) est un des ces lieux catalogués comme "quartiers à problèmes". Toxicomanies, insécurité et délinquance sont les termes employés par les médias et le public pour désigner la cité. C'est dans ce cadre que l'auteur tente d'initier un projet en éducation pour la santé destiné aux enfants de six à onze ans. Ce projet en éducation pour la santé est intégré dans un projet global de réhabilitation du quartier. Il est développé par plusieurs partenaires et soutenu par une méthodologie: la recherche-action participative. Après avoir défini les concepts essentiels de cette méthodologie, l'auteur applique celle-ci au projet afin d'obtenir les bases d'un futur programme en éducation pour la santé. Les lignes de force ainsi tracées permettent d'axer la réflexion sur les projets définis par les enfants de la cité. Pour conclure, l'auteur recentre l'ensemble du travail en développant le concept de santé communautaire.

MOURY B., Proposition de l'action en réseau comme outil d'intervention en matière d'éducation pour la santé pour les interactions entre le logement et la santé dans l'entité de La Louvière,

mémoire UCL-RESO, Louvain-en-Woluwe, septembre 1992, 118 p.

Le capital santé dans une acceptation globale, se dégrade ou se valorise quand on analyse ses rapports avec le logement. Celui-ci peut prendre différentes formes dont la maison, le studio, l'appartement... et la chambre garnie, objet de cette étude.

Pour construire une action d'éducation pour la santé en ce domaine, cela requiert un recensement des situations avec d'autres secteurs: l'économie, le culturel, les dispositions législatives... Cette multiplicité impose la recherche d'un outil la rencontrant: le réseau. Construit sur les rapports entre les acteurs, il permet d'introduire les pouvoirs publics, les propriétaires, les agents en santé et les locataires. Les résidents des chambres garnies sont les premiers concernés et souvent peu ou pas consultés. Aussi, par une enquête qualitative (15 personnes interrogées dans l'entité de La Louvière), l'auteur fait ressortir leur avis sur deux thèmes clés. Le premier s'intéresse à l'impact du logement garni sur leur santé (la conclusion est une dégradation); le second porte sur la proposition d'une action concertée (le réseau). Ils soutiennent l'idée et marquent généralement leur accord pour une participation. Le travail de réseau permet d'obtenir des résultats significatifs en matière de logement et de santé (arrêtés d'assainissement, fermetures, prévention des incendies...). En outre, il bénéficie du soutien de plusieurs acteurs concernés.

PURNODE-BRASSEUR N., Collaboration et bien-être dans des quartiers difficiles (Vieillir au pluriel),

in *Les Cahiers du CAJEP*, n° 24, Réseau Européen pour la revitalisation des quartiers en crise, septembre 1995, pp. 42-44.

service a perdu son caractère mythique. Sont apparus successivement la libéralisation des visites, les chambres mères-enfants, les éducatrices de jeunes enfants, l'école à l'hôpital, les ludothèques et salles de jeux... Mais la spontanéité et la créativité des années 70 se sont heurtées à des limites institutionnelles et à une évolution vers l'hypertechnicité.

Actuellement l'hôpital moderne avec sa durée de séjour de plus en plus brève, sa parcellisation des tâches empêchant le lien personnel, sa surcharge de travail, sa pénurie en soignants, et l'idéologie productiviste qui sous-tend tout cela, est peut-être en train de générer un nouveau type d'hospitalisme. Cela est à son maximum dans les plateaux techniques, les blocs opératoires, les services de réanimation; chacun de ces nouveaux espaces créant ses propres règles de fonctionnement, ses propres interdits. Dans ces contextes la séparation de l'enfant et de ses parents n'est pas n'importe quelle séparation de la vie quotidienne, mais une rupture brutale marquant l'entrée dans un univers étrange et violent.

Un exemple vécu illustrera le choc qui peut se produire entre cette technicité et la vision des familles ("L'environnement psychique d'un bébé hospitalisé", M. Maury et B. Galifer, *Devenir*, Vol 5, 1993, pages 91-113):

"A l'hôpital de L. il est arrivé quelque chose... je suis sortie cinq minutes fumer une cigarette, l'infirmière a dit: "je vous la surveille", quand je reviens elle en avait profité pour changer la perfusion, elle avait mis des lipides c'est-à-dire un liquide blanc, je ne savais pas ce que c'était... j'arrive, je vois ce truc blanc, j'ai vite appelé... quand j'étais sortie c'était de l'eau transparente, c'était du glucose, et quand je reviens c'était blanchâtre... j'ai eu peur... je croyais que c'était le cerveau qui était en train de sortir..."

Gageons que la perfusion en question avait été placée sur une veine superficielle du crâne, comme cela est fréquent chez les nouveau-nés. Quant à la maman elle devait savoir que le cerveau contient de la "substance blanche"! De son côté l'infirmière, qui avait certainement toujours connu et utilisé ces produits n'éprouvait pas le besoin d'en parler à la mère.

Plus les techniques utilisées par la médecine sont complexes, et plus elles s'éloignent des savoirs véhiculés par la tradition familiale. Le savoir sur le corps n'est plus partagé. L'utilisation de substances lipidiques, de couleur blanche, pour l'alimentation intraveineuse n'est devenue courante que depuis quelques décennies. Pour le grand public, la perfusion, le "goutte à goutte", c'est toujours le "sérum" qui a la couleur de l'eau. Malentendus, incompréhensions et conflits sont au bout de cette logique. Il ne suffit pas de dire, il faut traduire.

C'est ainsi que s'exprime, chez les enfants, la peur universelle des aiguilles. Écoutons-les; nous sommes bien loin de la réalité du geste et de l'objet. La piqûre est "comme un animal", elle pourrait "aller jusqu'au fond", "gratter les os", "racler comme un morceau de verre" ou "faire sortir tout le sang"... Telles sont quelques-unes des formules auxquelles les enfants ont recours quand on leur donne la parole, et un concours de dessins et de textes récemment organisé dans les hôpitaux pédiatriques français a montré l'omniprésence de ce thème. Le même mélange entre réalité et craintes fantasmagiques se retrouve dans les familles à propos de l'anesthésie au masque, et l'on voit revenir à la surface les souvenirs traumatisants des parents qui ont connu dans leur enfance le masque à l'éther (Didier Cohen-Salmon "En travers de la gorge", InterEditions, 1994).

Il faut donc favoriser les situations où la recherche active de l'information est possible, communiquant un sentiment de maîtrise. Ainsi l'association Sparadrapp a élaboré et diffusé un livret sur les opérations des amygdales-végétations (autour de 150.000 enfants opérés chaque année en France), qui donne une liste de questions que l'enfant pourra poser aux soignants. Par le biais de ce dialogue, une relation de confiance peut se nouer entre l'enfant et l'équipe soignante, et on évitera le déni de certains soignants devant les appréhensions de leurs petits patients, qui se transforment alors parfois en peur panique, ce que l'enfant imagine étant souvent pire que la réalité. En contrepartie le soignant est amené à prendre le temps nécessaire pour répondre aux questions. Un autre livret

sur l'opération et l'anesthésie est en préparation.

Mais il ne suffit pas d'élaborer ces documents et de les fournir aux intéressés. Ils n'ont de valeur que comme support du dialogue, un dialogue qui est souvent l'occasion de repérer les angoisses des familles. C'est ce que suggère l'expérience du docteur B. Brazelton ("L'enfant et son médecin", Payot 1986):

"Au Children's Hospital Medical Center de Boston, nous avons sélectionné un groupe de parents, dont les tout jeunes enfants devaient bientôt être hospitalisés. Nous leur avions demandé de préparer leur enfant en s'aidant de la petite brochure citée plus haut. Or, nous fûmes obligés de constater que seuls 15% d'entre eux avaient suivi nos conseils. Bien entendu, nous avons cherché à savoir pourquoi ces jeunes parents, par ailleurs animés des meilleures intentions, n'avaient pas cru bon de suivre nos suggestions. A chaque fois, ils finirent par admettre avec réticence qu'ils étaient eux-mêmes incapables de supporter l'idée traumatisante de la séparation, et a fortiori d'en discuter avec leur enfant. Or nous savions, nous, à quel point cette préparation était importante pour l'enfant, venant de ses parents. C'est pourquoi nous nous sommes arrangés pour que ceux-ci lisent au moins la brochure aux intéressés, en notre présence. Beaucoup s'exécutèrent avec des larmes dans les yeux."

Et dans ces échanges avec les familles c'est souvent la dimension non-verbale qui passe au premier plan, appelant une qualité particulière d'écoute active qui permet de saisir ces messages, de laisser de la place à l'autre. Il faut être à l'écoute de ces "dires" muets, plus fréquents qu'on ne pourrait le croire dans l'espace de la consultation ou de l'hospitalisation. Quelques exemples vécus:

Nicolas, 5 ans, a déjà été opéré d'une hernie et a eu très mal. Sa mère m'en parle. A peine entré dans le cabinet de consultation d'anesthésie, il se réfugie dans un petit espace carré, juste à sa taille, qui est sous la paillasse, en me regardant de côté et en souriant à demi. Il me fait penser à une petite souris dans son trou. Et il me regarde bien en face quand je lui dis qu'au bloc opératoire on a des dessins ani-

qui est loin d'être rare, même dans les services d'anesthésie considérés comme les meilleurs. Il s'agit là toujours d'une situation insupportable qui doit être vécue par tout anesthésiste d'enfants comme un échec".

Il existe donc un ensemble de données montrant que l'hospitalisation d'un enfant, si elle est une "bonne" chose en termes de possibilités de soins, peut être aussi une "mauvaise" chose, et que le "bon" ne fait pas toujours passer le "mauvais". Même s'il est juste de dire que, dans la plupart des études, certains enfants semblaient bénéficier de l'hospitalisation également sur le plan relationnel. On peut s'étonner du caractère encore assez confidentiel de ces données, qui dans notre pays au moins ne sont pas encore passées dans la pratique courante. C'est qu'elles sont en fait dispersées dans de nombreuses revues en langue anglaise, pas toujours facilement disponibles. Il y a un besoin urgent (c'est un des projets de l'association Sparadrapp) d'un centre de ressources qui mettrait à la disposition des personnes concernées l'ensemble des informations disponibles.

Comment fonctionne la préparation à l'hospitalisation

Toute technique informative a pour but la maîtrise par la possibilité d'anticiper et de comprendre le sens. Elle doit inclure une interaction où l'enfant a la possibilité de s'exprimer, et aussi un modèle de comportement (la vision d'une salle d'opération vide fournit des informations mais pas de modèle).

On expose l'enfant à ce qu'il craint, mais dans des conditions où il n'y pas d'agression mais au contraire une gratification, voire un plaisir. L'effet produit est alors comparable à une désensibilisation. Mais l'information n'est pas la seule approche. Je vais vous décrire quelques-unes de ces approches et ce qu'on peut en attendre.

Les moyens d'information audio-visuels

Soixante enfants de 4 à 12 ans voient un film d'information ou un film quel-

conque la veille de l'opération. On note une réduction de l'anxiété avant et après l'opération avec le film d'information, mais pas avec le film-contrôle (AUTO-EVALUATION DE LA PEUR DE L'HOPITAL AVEC FILM INFORMATIF OU FILM DISTRAYANT CHEZ 60 ENFANTS, d'après BG. Melamed: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1975, No 4, pages 511-521: la sudation palmaire (un index de stress) augmente modérément à la vision du film informatif, mais pas du film-contrôle. Pourtant, en situation réelle, ce sont les enfants préparés qui ont moins de sudation palmaire: "travail de l'inquiétude").

Dans un deuxième groupe de 58 enfants avec le même protocole, on constate que les enfants de moins de 8 ans qui ont déjà été à l'hôpital une fois sont plus anxieux avant le film et que le film augmente leur anxiété au lieu de la diminuer. Ces enfants semblent par contre bénéficier d'une distraction non informative (INFLUENCE DE L'AGE ET DE L'EXPERIENCE ANTERIEURE SUR LES EFFETS D'UNE PREPARATION PAR FILM, d'après BG. Melamed: Psychosomatic Medicine, 1983, Vol 45 No 6, pages 517-524).

Dans les deux études les enfants informés acceptent mieux le masque, demandent moins d'analgésiques, ont moins de problèmes postopératoires, sont plus coopératifs et ont une pression artérielle plus basse.

Le facteur-temps est à prendre en compte. Le même film de préparation a des effets opposés en hospitalisation conventionnelle et en hospitalisation de jour. Pour produire son effet l'information doit être "métabolisée", reprise dans un échange (PREPARATION PAR FILM CHEZ DES ENFANTS EN HOSPITALISATION TRADITIONNELLE ET EN HOSPITALISATION DE JOUR: SUDATION PALMAIRE, d'après J.Faust et coll: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1984, Vol 52 No 3, pages 359-365).

Présence parentale à l'induction anesthésique

Elle n'est pas encore entrée dans les mœurs. Pourtant dès 1967, les effets de la présence de la mère ont été étu-

diés par Schulmann lors de l'induction anesthésique pour amygdaléctomie chez 32 enfants de 2 à 6 ans. Les enfants accompagnés étaient moins perturbés; leurs scores comportementaux postopératoires étaient également améliorés. Les mères se montraient coopérantes et enthousiasmées par l'expérience. D'autres équipes (Hannalah) ont confirmé ces résultats (EFFETS DE LA PRESENCE OU DE L'ABSENCE DE LA MERE - 32 enfants de 3 à 6 ans. Amygdaléctomies. Cotation de 1 à 7 de l'humeur de l'enfant, d'après J.L. Schulman: Pediatrics, 1967, Vol 39 No 1, pages 111-114).

Aide relationnelle fournie aux parents

Skipper et Mahaffy ont cherché avec succès à réduire le stress de l'enfant hospitalisé par une action relationnelle orientée exclusivement vers la mère, l'enfant étant présent. Une soignante était chargée de l'accompagnement de la mère, à l'exclusion de tout soin. Son attitude était "expressive, bien qu'affectivement neutre, orientée vers la personne plutôt que vers la tâche à accomplir, non-autoritaire, et intime" (Skipper). On portait intérêt aux sentiments de la mère et à la source de ses sentiments sans les juger, et on s'efforçait d'aider la mère dans les problèmes qu'elle pouvait rencontrer. Le stress des mères était diminué, elles exprimaient plus de satisfaction, et de multiples effets physiologiques étaient notés du côté de l'enfant à qui, pourtant, on ne "faisait" rien! (43 enfants. Amygdaléctomies. Effets observés:

-Physiologiques: température, pression artérielle, fréquence cardiaque.

-Phase postopératoire: prise de liquides, délai de miction, vomissements, pleurs.

-Après l'hospitalisation: post-hospitalisation questionnaire.

(d'après PR. Mahaffy: Nursing Research, 1965, Vol 14 No 1, pages 12-19)).

Comment les choses se passent en pratique

Beaucoup de choses ont été accomplies à l'hôpital d'enfants comme ailleurs en quelques décennies. Le pouvoir "mandarinal" des chefs de

Milieu familial

BASTARD B. et CARDIA VONECHE L., Les familles, l'éducation et la santé,

in *Actualité et dossier en santé publique*, n° 16, septembre 1996, pp. 32-34.

BAUMANN M., BRIANCON S. et DESCHAMPS J.P., Les réseaux de soutien familiaux et la promotion de la santé,

Symposium à Bruxelles du 23 au 25 mars 1992, in *Archives of Public Health/Archives Belges de Santé publique*, Vol. 50, n° 9-12, Bruxelles, 1992, pp. 387-395.

La crise économique, institutionnelle, culturelle de cette fin de siècle engendre de nouveaux défis et de nouvelles exigences pour la promotion de la santé. Dans un tel contexte, quels peuvent être les rôles des soutiens familiaux dans une gestion quotidienne de la santé? En quoi ces pratiques profanes sont-elles aussi une priorité du développement social et communautaire de la santé? Quels sont les enjeux amorcés dans cette dynamique de changement pour la promotion de la santé?

Les pratiques familiales de santé sont au centre de ces questions qu'on aborde ici à travers les notions de réseau de soutien, de production domestique et de stratégies informelles.

COLIN C., BOYER G., OUELLET F. et MARTIN C., Extrême pauvreté, maternité et santé,

Ed. Saint-Martin, Montréal, 1992, 259 p.

Les thèmes majeurs traités dans cet ouvrage occupent une place centrale dans l'actualité québécoise depuis la dernière décennie: la féminisation de la pauvreté et l'intervention auprès des femmes enceintes en milieu défavorisé. Les femmes enceintes parlent de leur expérience de la maternité. Celles qui vivent en situation d'extrême pauvreté fréquentent peu, ou tardivement, les services de santé. Elles ont peur de

se faire enlever leurs enfants et cela interfère constamment dans leurs rapports avec les professionnels de la santé, ce qui oblige les établissements à repenser la finalité des moyens dont ils se dotent pour cibler et rejoindre cette clientèle. Les témoignages de ces femmes sont particulièrement éloquentes et complémentaires à l'analyse proposée par les auteurs. Cet ouvrage est une source d'information intéressante, un outil de sensibilisation, d'intervention et de recherche qui intéressera les milieux d'intervention sociale et médicale, ainsi que les étudiants en sciences humaines et en sciences de la santé.

DUHAMEL F., La santé et la famille: une approche systémique en soins infirmiers,

Ed. Gaëtan Morin, Montréal-Paris-Casablanca, 1995, 259 p.

Les infirmières reconnaissent de plus en plus la relation existant entre une problématique de santé et le système familial dans lequel cette problématique évolue. De nombreuses études démontrent, d'une part l'influence d'une problématique de la santé sur la famille et, d'autre part, l'influence de la famille sur les comportements de santé des individus et sur l'évolution d'une maladie.

Cet ouvrage décrit une approche systémique familiale en vue de guider l'infirmière dans ses soins auprès d'une famille aux prises avec une problématique de santé.

Cette approche est basée sur les concepts de la métathéorie de la connaissance de Maturana et Varela, sur des principes d'entrevue (la formulation d'hypothèses, la circularité et la neutralité) de l'équipe de Milan et sur le modèle d'analyse et d'interventions familiales de Wright et Leahey inspirés de théories en sciences infirmières, de la théorie des systèmes, de la communication et de la cybernétique.

Dans cette approche, l'analyse du système familial se fonde sur cinq dimensions familiales importantes: les croyances reliées à la problématique de santé, la flexibilité des rôles et des règles, les patterns de communication circulaire, l'efficacité des ressources d'adaptation et les relations de la famille avec les professionnels de la santé.

Les interventions proposées, telles que la reconnaissance des forces et des ressources de la famille, le recadrage, les opinions partagées et la personnalisation du problème, visent à améliorer la compétence de la famille face aux défis et difficultés rattachés à la problématique de santé. Cette approche systémique est illustrée à l'aide d'exemples cliniques auprès des familles se situant à différentes étapes du cycle de la vie familiale et dans différents domaines de la pratique infirmière, comme la périnatalité, la santé communautaire, la psychiatrie, la cardiologie, la gérontologie et les soins en phase terminale de la maladie.

Le texte souligne également que l'approche systémique familiale est en pleine croissance et que la recherche en ce domaine devra porter sur l'efficacité des interventions infirmières pour renforcer le lien entre la recherche et la pratique clinique.

GERMANES G., Promotion de la santé globale de l'enfant. Les parents: premières personnes ressources; l'éducation pour la santé: propositions pour une approche centrée sur la participation et le respect du développement de la responsabilité de l'autonomie de la liberté des acteurs en jeu,

mémoire UCL-RESO, Louvain-en-Woluwe, juin 1994, 152 p.

Un constat à l'origine de cette étude: l'augmentation de la prévalence des troubles de la santé d'origine psycho-sociale de l'enfant (cette augmentation est propre aux pays industrialisés); les "acteurs santé" sont relativement impuissants à prendre en charge cette nouvelle morbidité. L'auteur de la recherche tente de comprendre le "ce qui se passe" en développant plusieurs axes: l'interprétation et l'analyse critique de la dimension socio-historique, psycho-sociale, psychique, éthique de nos conceptions de l'enfant et de la santé de l'enfant dans la famille. Dans la troisième partie du travail, l'auteur analyse le contenu du discours des mamans au sujet de l'en-

fant, de "sa santé", des situations-problèmes rencontrées ainsi que des réponses apportées. Des propositions de prise en compte, prises en charge des situations problèmes de santé sont faites dans une optique constructive de la santé de l'enfant dans sa famille. Cette optique constructive de la santé a pour support la participation de tous les acteurs-santé en jeu au travers du développement des concepts de respect, responsabilité, autonomie, liberté. Cette optique intègre également des notions de conflits et d'ambivalence. Les parents sont présents en tant que premières personnes ressources pour la santé de l'enfant. Les services de santé sont présents également comme ressources dans le sens "agents" d'écoute, de dialogue, et/ou d'aide dans l'analyse et l'élaboration des réponses aux situations de santé posant des questions aux familles.

**GODIN I.,
La culture des familles
et leur santé,**

Symposium à Bruxelles du 23 au 25 mars 1992, in *Archives of Public Health/ Archives belges de Santé publique*, Vol. 51, n° 1-4, Bruxelles, 1993, pp. 89-96.

Les résultats d'une étude socio-épidémiologique réalisée à Bruxelles montrent que la culture sanitaire diffère suivant les groupes de revenus. Cette enquête met également en évidence des différences d'appréciation dans l'évaluation de la relation thérapeutique, les femmes du groupe économiquement le plus défavorisé l'évaluent de façon plus négative.

**HENDRICK P.,
Introduction au thème:
les familles différentes -
aspects culturels,**

Symposium à Bruxelles du 23 au 25 mars 1992, *Archives of Public Health/ Archives belges de Santé publique*, Vol. 51, n° 1-4, Bruxelles, 1993, pp. 81-87.

L'auteur met en évidence les principales caractéristiques de la situation de grande pauvreté dans la société occidentale actuelle: exclusion, rôle de

"bouc émissaire", responsabilité de divers maux sociaux (délinquance, violence...). Au contraire, si la famille est reconnue dans ses différences, si l'on bâtit des ambitions communes, alors les choses changent.

**LIPMAN E.L. et OFFORD D.R.,
Les enfants défavorisés,**

in *Guide canadien de médecine clinique préventive*, Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, Ed. Groupe Communication Canada, Ottawa, 1994, pp. 406-419.

Le Canada compte actuellement plus d'un million d'enfants défavorisés sur le plan économique, aussi est-il particulièrement indiqué que le praticien s'intéresse à cette clientèle à risque au cours de l'examen médical périodique. Ces enfants présentent un risque accru de morbidité et de mortalité et éprouvent parfois des difficultés pendant toute leur vie. Le présent chapitre passe en revue les liens éventuels entre le dénuement socio-économique et l'augmentation des risques pour la santé ainsi que les données relatives à l'efficacité d'interventions particulières, notamment la défense des intérêts des enfants et les initiatives concertées.

Alimentation

**Alimentation et populations
défavorisées,**

in *Santé-public*, n° 1, janvier 1995, 18 p.

Dossier sur l'alimentation bon marché respectant quand même l'équilibre nutritionnel; quelques conseils sur la conservation des aliments, l'hygiène, les modes de cuisson de même que quelques recettes turques et marocaines. On trouve aussi les références des restaurants très bon marché, des banques alimentaires, des restos du coeur...

**BARTHELEMY DIDELOT L.,
BAUDIER F., BUSSON V.,
FATRAS J.Y., FERRY M.,**

**HERBETH B., LAURENT BEQ
A. et MARTIN E.,
Nutrition et populations
urbaines défavorisées,**

Comité Français d'Education pour la Santé, Ed. CFES, Vanves, mars 1993, 48 p.

Ce rapport a pour objectifs: de faire le point sur les connaissances acquises sur la nutrition des populations urbaines défavorisées; de faire le point sur les aspects méthodologiques particuliers à l'étude de la nutrition des populations urbaines défavorisées; d'identifier les domaines dans lesquels l'information est actuellement insuffisante; de dégager des éléments de réflexion pour l'élaboration de projet d'éducation nutritionnelle dirigés vers ce groupe de population.

**BARTHELEMY L., MOISSETTE
A. et WEISBROD M.,
Alimentation et petit
budget: guide pédagogique à
l'usage des professionnels,**

Comité Français d'Education pour la Santé, Ed. CFES, Vanves, 1993, 164 p.

Les difficultés économiques, l'abondance des produits alimentaires, l'influence des messages, l'évolution des pratiques, autant de facteurs qui rendent de plus en plus complexe la gestion alimentaire. Cet ouvrage propose une mosaïque d'actions permettant d'atteindre un équilibre alimentaire à prix compté. A chaque professionnel d'y trouver des solutions adaptées aux besoins de chacun. C'est également dans une dimension hédoniste que le thème de l'alimentation est utilisé comme moyen de communication et support de valorisation.

**Dossiers d'apprentissage
nutrition: programme mixte
OMS/UNICEF de soutien
pour la nutrition,**

OMS/UNICEF, Ed. OMS, Genève, 1990, 168 p.

Maria Antonia Bertrand-Baschwitz, RESOdoc-UCL ■

Humaniser l'hospitalisation des enfants

Introduction

Zerdalia Dahoun, ethnopsychiatre en région parisienne, rapporte cette histoire ('Les couleurs du silence. Le mutisme des enfants de migrants', Calmann-Lévy, 1995): le petit Kaci-Victor, 2 ans, est hospitalisé pendant 3 semaines à l'occasion d'une otite. Enfermé dans son lit à barreaux, il pleure sans arrêt, il ne comprend pas pourquoi sa mère n'est pas là. Puis il perd espoir et se tait comme un petit animal apeuré. Et au 15e jour, quand sa mère peut enfin venir le voir, il ne réagit pas, on dirait qu'il ne la reconnaît plus. "Il a eu une frayeur, dit le père, le point où l'on perd son âme... il s'est bloqué à l'hôpital, il s'est arrêté de parler un jour, il n'a plus dit un mot, plus rien".

Il n'y a rien à ajouter au diagnostic de ce père. Encore un effort, a-t-on plutôt envie de dire. Les travaux de Bowlby et Spitz ont 50 ans, il est encore temps d'ouvrir les yeux, pour que ces jeunes enfants et leurs familles ne soient plus précipités dans une souffrance incompréhensible pour elles, et se retrouvent dans le cabinet du psychiatre après des séjours hospitaliers où chacun après tout a fait ce qu'il avait à faire, fonctionnant selon ce que P. Legendre a appelé un principe d'innocence généralisée.

Mais si l'innocence était si innocente, nous ne serions pas là aujourd'hui. L'expérience que j'ai à vous présenter est celle d'un praticien impliqué dans une activité d'accueil dans un service pédiatrique, et aussi celle de la création de l'association Sparadrapp¹, qui se consacre à l'amélioration de la prise en charge de l'enfant malade et hospitalisé. Carrefour d'initiatives et de réflexion, lieu d'élaboration et de diffusion, elle met ses propres réalisations à la disposition des équipes soignantes, et collabore avec ceux et celles qui veulent innover dans ces domaines où il reste tant à faire.

Ce que l'on sait

Depuis quelques décennies, l'idée s'est imposée en effet que l'enfant est un être humain en développement,

dont les besoins relationnels ne peuvent être ignorés sous peine de graves dommages. Dès 1945, Bowlby et Spitz ont montré les effets destructeurs de la séparation et de la privation émotionnelle chez les jeunes enfants en institution. Le terme d'hospitalisme a été forgé par Spitz, qui a comparé deux groupes de jeunes enfants, dont l'un seulement bénéficiait de la présence maternelle. Il a pu observer le retard progressif de développement chez les enfants qui étaient privés de leur mère, tout en recevant par ailleurs des soins adéquats.

En 1975 une vaste étude longitudinale conduite par Douglas montra qu'une admission à l'hôpital de plus de sept jours pendant l'enfance ou des admissions répétées avant cinq ans étaient associées à un risque accru de troubles du comportement, de délinquance, d'instabilité professionnelle ou de difficultés de lecture à l'adolescence. Ces résultats inattendus furent confirmés par une autre étude semblable (Quinton).

On constata ainsi que l'hospitalisation augmentait l'anxiété de séparation, les troubles du sommeil et les comportements d'apathie et de retrait. On voyait apparaître chez les enfants des comportements régressifs persistant plus de 15 jours après l'hospitalisation: dépendance, perte de l'autonomie et des acquisitions motrices ou langagières, retour à la succion du pouce, énurésie alors que l'enfant était propre, apparition ou réapparition de rituels, passivité et perte du jeu.

Dès les années 45-50 également, Lévy, puis Jackson et Eckenhoff montrèrent l'existence des mêmes séquelles comportementales chez 10 à 20% des enfants opérés, en particulier d'amygdalectomie. Le pourcentage était encore plus élevé chez les 2-3 ans et après une induction anesthésique agitée. D'autres chercheurs prouvèrent que l'agitation à l'induction anesthésique ou au réveil était plus fréquente chez les enfants qui avant l'opération paraissaient "calmes", dépendants, renfermés ou inquiets, chez

PROBLEMES COMPORTEMENTAUX APRES ANESTHESIE ET CHIRURGIE

	Meyers	Eckenhoff	Hannallah
Anxiété générale	45%	23%	66%
Régression générale (retour de l'énurésie)	33%	19%	5%
Troubles relationnels (apathie, retrait, dépendance vis-à-vis de la mère)	28%	26%	37%
Troubles du sommeil	34%	32%	65%
Troubles alimentaires	33%		

(d'après Zuckerberg)

Le premier outil d'évaluation des séquences psychocomportementales de l'hospitalisation en pédiatrie, le Post Hospital Questionnaire, a été proposé par Vernon en 1965. Il comprend 27 questions regroupées en 6 axes:

- anxiété générale et régression
- anxiété de séparation
- troubles du sommeil
- troubles de l'alimentation
- agression envers l'autorité
- apathie et retrait (dépressive, withdrawn, subdued and quiet, unresponsive)

ceux qui avaient déjà été opérés, enfin chez ceux qui n'avaient pas été préparés à l'hospitalisation.

Tout anesthésiste pédiatrique connaît (et craint) ce type d'enfants. Un récent traité d'anesthésie décrit ainsi un dénouement trop fréquent: "L'anesthésie d'un enfant que l'on maintient de force sur la table d'opération pendant qu'un anesthésiste lui applique un masque sur la face, est un spectacle

¹ Nous vous avons présenté 'Je vais me faire opérer... Alors, on va l'endormir!', une remarquable réalisation de cette association dans notre numéro 108 de juin 96, p. 16