

Réalisation et diffusion: Infor Santé, Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles. Tél.: 02/237.48.53. Fax : 02/237.33.00 (indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire).

Rédacteur en chef : Jacques Henkinbrant.

Secrétaire de rédaction : Christian De Bock.

Secrétaire de rédaction adjoint : Roger Swinnen.

Documentation, abonnements : Maryse Van Audenhaege.

Comité de rédaction : Christian De Bock, Alain Deccache, Michel Demarteau, Jacques Henkinbrant, Vincent Magos, Jean-Louis Pestiaux, Danielle Piette, Roger Swinnen, Thierry Poucet, Patrick Tréfois.

Editeur Responsable : Jean Hallet.

Maquette : Philippe Maréchal.

Composition : P&E.

Impression : Economat ANMC.

Diffusion : 2.000 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

Les articles publiés par Education Santé n'engagent que leurs auteurs. La revue n'accepte pas de publicité.

Pour tous renseignements complémentaires : Education Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles, tél.: 02/237.48.53.

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.



EDUCATION SANTÉ

UN OUTIL AU SERVICE DES INTERVENANTS EN EDUCATION
POUR LA SANTE DANS LA COMMUNAUTE FRANCAISE DE BELGIQUE

Mensuel gratuit (ne paraît pas en juillet et en août)
FEVRIER 1990
ISSN 0776-2623

45

REFLEXIONS

Rotterdam - première conférence européenne sur
l'efficacité de l'éducation pour la santé p.2

INITIATIVES

Les "Réponses" de Question Santé
N. Vandendooren p.8

Diététique dans un home pour handicapés
N. Parzibut-Bravin p.8

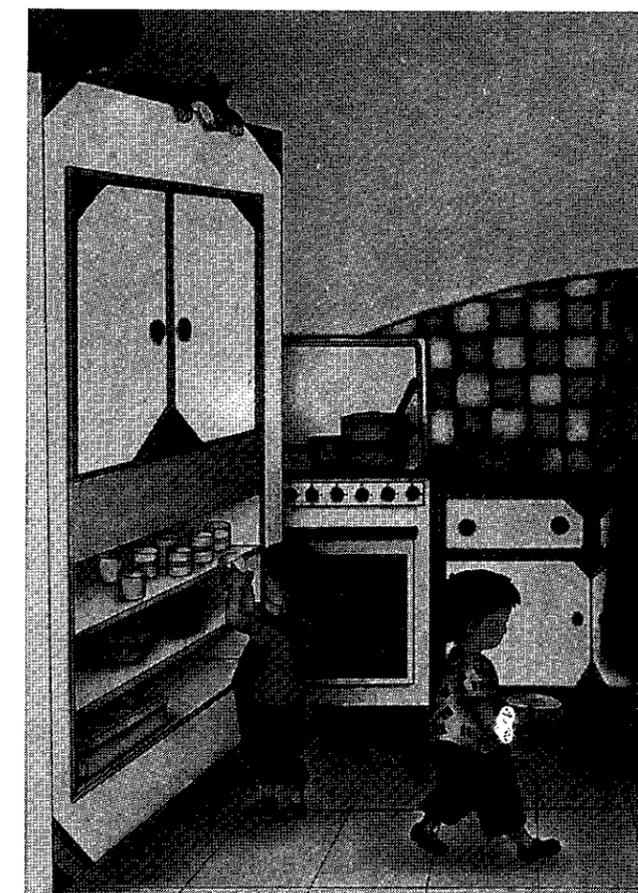
Promotion de la santé sur les lieux de travail
*M. Vanderschelden, C. Van Pottelsberghe,
M. Verlinden* p.11

HUMEURS

L'Association Contre le Cancer contre-attaque!
G. Ziant p.16

MATERIEL

Sportons-nous bien!
C. Bajot, C. Culot p.19



Les aventures
de Gully Patatras p.5

L'efficacité de l'éducation pour la santé

Une première conférence européenne - Rotterdam, 12-15 décembre 1989

L'intérêt des réunions internationales réside surtout dans les rencontres qu'on peut y faire, les contacts qu'on peut nouer. C'est parfois aussi l'occasion d'avoir un aperçu des idées et des thèmes qui commencent à germer et s'imposeront dans les années à venir, comme les défilés de mode permettent de connaître six mois à l'avance les couleurs qui seront en vogue au cours de la saison à venir.

La réunion de Rotterdam de décembre dernier n'a pas échappé à ce cliché. Certes l'évaluation de l'efficacité n'est plus une idée neuve pour les professionnels et les universitaires spécialisés en éducation pour la santé, et les outils méthodologiques existent. Cependant, en dehors des expériences menées par ces spécialistes, il est clair qu'il reste beaucoup de chemin à parcourir.

En effet, le modèle théorique généralement accepté (dénommé «quasi-expérimental») suppose en principe (1)

- une enquête préalable
- une ou plusieurs enquêtes après intervention
- une population «contrôle»
- une intervention bien circonscrite.

Ces conditions sont rarement rencontrées dans la pratique quotidienne sur le terrain. On ne va évidemment pas demander à un instituteur de faire un pré-test avec groupe de contrôle chaque fois qu'il donne une leçon sur l'hygiène dentaire!

Comme son nom l'indique, ce modèle n'est donc guère applicable que dans des circonstances quasi-expérimentales, sauf pour des programmes disposant de budgets considérables.

Bien entendu, la plupart des expériences présentées dans ce genre de

rencontre sont celles qui correspondent à ce modèle dominant. Cela explique que des méthodes moins sophistiquées, à usage quotidien, sont peu développées, ou bénéficient en tout cas de moins de publicité.

Or, nous avons le sentiment que l'efficacité globale de l'éducation pour la santé au niveau d'une large population dépend plus d'une multitude de mini-interventions que de quelques grandes campagnes nationales soigneusement évaluées.

Au thème officiel de la conférence s'ajoutait en fait un second thème, le sida. En effet, sur les 73 exposés et posters présentés, une vingtaine étaient consacrés à cette problématique d'actualité.

L'éducation du patient était aussi présente en force, sans doute parce que l'éducation du patient en milieu hospitalier se prête bien à l'application du modèle quasi-expérimental d'évaluation, mais aussi parce que cette branche de l'éducation pour la santé connaît actuellement un important développement. Alain Deccache vous en dit plus ci-après.

Une conférence efficace?

Mais, bien entendu, tout projet se veut par définition efficace. Et ce thème autorisait en fait la présentation d'activités les plus diverses, sous les deux aspects des «paper sessions» (20 minutes d'exposé et 10 minutes de discussion) et de «poster sessions».

Cette dernière formule consiste en une présentation visuelle (affiches, tableaux, vidéogrammes, matériel pédagogique), en présence des promoteurs du projet, qui favorise davantage les contacts individuels et informels.

Ces deux formules permettent à chacun de trouver des informations sur les sujets qui l'intéressent le plus. Ainsi, outre les deux thèmes vedettes, les participants ont pu recueillir des informations sur: éducation pour la santé à l'école, autonomie des personnes âgées, cancer, mass media, périnatalité, alcool, drogue, formation, coeur, tabac, alimentation, lieux de travail, médicaments.

La plupart du temps, l'accent était mis sur l'évaluation de l'efficacité, ce qui engendrait parfois des frustrations: dans un court exposé, bien peu d'orateurs réussissent la gageure de présenter à la fois une activité, sa méthode d'évaluation et ses résultats. On en arrive ainsi parfois à des situations bizarres: on vous démontre par A+B l'efficacité d'un programme, mais vous n'avez qu'une vague idée du contenu de ce programme...

Heureusement, les pauses-café, les repas, les réceptions et soirées vous donnent l'occasion d'en savoir plus par des conversations à bâtons rompus... ■

(1) Exposé introductif de D. Mc Queen



LIVRES

ACCIDENT ET MALADIE PROFESSIONNELS

● La prévention du cancer professionnel, Genève, Bureau International du Travail, 1989, Série Sécurité, hygiène et médecine du travail, n°39, 130p., 438FB, act04

ALIMENTATION

● ANDRÉ M., Changeons de petit déjeuner, Paris, Eds. J'ai Lu, 1989, collection J'ai Lu la vie!, n°2, 141p., ali95
● Le bon petit déjeuner, Eds. Chantecler, 1989, 32p., ali96

ASSUETUDE

● Comment parler des drogues, Infor Drogues, 1989, actes du colloque 1987, 84p., 280FB, ass07

CANCER

● Lipides et santé, Association Contre le Cancer, symposium Lipides et santé (1 et 2 décembre 1989), résumés des interventions, pca19

MALADIE CARDIO-VASCULAIRE

● MANUS J.-M., Le Guide du coeur en forme, Paris, Eds. Bayard Presse, 1989, collection Guides Pratiques Notre Temps, 145p., 65FF, pca17

MEDECINE ALTERNATIVE

● Comprendre le recours aux médecines parallèles, CRIOC/Centre de Sociologie de la Santé (ULB)/GERM, 1989, exposés du colloque

international de Bruxelles (3, 4 et 5 décembre 1987), 315p., mal36

MEDICAMENT

● DESCOUTURES J.-M., DAUPHIN A., FARINOTTI R., et al., Le bon usage des médicaments, Paris, Eds. Frison-Roche/Sidem, 1988, collection APHIF, 397p., 169FF, med46

SANTE

● La population, ses maladies et causes de mortalité, Ecole de Santé Publique ULB, Promotion et Education pour la Santé, 1989, Santé Pluriel, n°1, 31p., san78
● Forum de la santé, Communauté française de Belgique/Conseil Régional Nord Pas-de-Calais, 1989, actes du forum de Tournai (du 2 au 5 juin 1988), san79

SANTE MENTALE

● WIDLOCHER D., HARDY M.-C., La dépression, Paris, Eds. Hermann, 1989, collection Ouverture Médicale, 109p., 42FF, pam20

MATERIEL

ALIMENT

● Le poisson c'est bon!, calendrier-recettes, Ligue Cardiologique Belge/Becel, 1989, ala20

ALIMENTATION

● Manger light...pas à la légère, dépliant, Infor Santé ANMC, 1989, ali37
● Manger light...pas à la légère, affichette, Infor Santé ANMC, 1989,

ali38

● Pic-Nic ou préparons et dégustons un petit déjeuner et des collations équilibrés à l'école maternelle, brochure, Institut Communautaire de l'Alimentation et de la Nutrition (ICAN), 1989, 52p., 350FB, ali39
● Le petit déjeuner, dépliant, Association pour le Développement de l'Hygiène et de l'Epidémiologie en Bretagne, 1989, ali40

CANCER

● Cancer: dépistage chez la femme, Question Santé, fiche n°73, novembre-décembre 1989

CONCEPTION/GROSSESSE

● La stérilité: les mots justes, brochure, Centre National d'Information et de Documentation des Femmes et des Familles, 80p., 40FF, vic08

MALADIE

● Vésicule biliaire, Question Santé, fiche n°74, novembre-décembre 1989

MALADIE RESPIRATOIRE

● Maison sans poussière, maison sans souci, brochure, Fondation pour la prévention des allergies, 1989, 15p., 60FB, par05

POLITIQUE DE SANTE

● Les buts de la Santé pour tous de l'OMS. Quelle réalité en Communauté française de Belgique?, brochure, Conseil Communautaire Consultation de Prévention pour la Santé/Education Santé, 1989, 15p., 50FB, pol01

MEDICAMENT CHARLEROI

fév. mars
avril
1990

La Fédération des Mutualités Chrétiennes de Charleroi organise un cycle de conférences et d'animations, dans le cadre de sa campagne Médicaments 90.

- La première conférence, qui a eu lieu le 1er février, avait pour thème "Quelle influence le consommateur peut-il avoir sur la politique européenne des médicaments à l'aube de 1993?"

- Pour suivre, le jeudi 22 février 1990: "La surconsommation de médicaments dans nos pays industrialisés face à la pénurie dans le Tiers-Monde", conférence donnée par le Docteur Bouniton, médecin à la Maison médicale de Roux (20h)

- Enfin, le jeudi 22 mars 1990: "Gérer son stress comme alternative à la consommation de médicaments", animation du service Infor Santé de la Mutuelle, avec la participation de Mesdames Maystadt, kinésithérapeute, et Giaux, médecin (19h30)

Cela se passe à "Notre maison", Salle A, bd Tirou 167, 6000 Charleroi. L'entrée est gratuite.

Une visite de firme pharmaceutique sera également organisée en avril (date à préciser).

Pour tout renseignement: Service Infor Santé des Mutualités Chrétiennes de Charleroi, Françoise Bertrand - Brigitte Hellebois, rue Pruniau 13 (2ème étage), 6000 Charleroi, tél. 071.31.75.50 ext.270.

MALADIE CARDIO- VASCULAIRE - ALIMENTATION ANDENNE

9
fév.
1990

L'Université du Troisième Age (Utan) organise en collaboration avec

le "Régio Namur" de l'Association Belge des Malades Cardiaques une conférence tout public sur le thème "Coeur - cholestérol - alimentation".

Elle aura lieu le 9 février 1990 à 15h, à l'Université du temps libre, ancienne Ecole Normale, rue de l'Hôpital à Andenne.

DIABÈTE TUBIZE

17
févr.
1990

L'ASBL Soins à Domicile organise sa deuxième journée «portes ouvertes» sur le thème du diabète. Le service Infor Santé des Mutualités Chrétiennes de Nivelles, le service diététique de la Clinique du Parc, l'Association Belge du Diabète et différentes firmes des produits diététiques et de matériel participent à l'organisation de cette journée.

Elle se déroulera le samedi 17 février 1990, à la salle du gymnase, 124 Bd. Derycke, 1360 Tubize: à 14h, conférence du Dr Pulincx de l'Hôpital St Pierre d'Ottignies sur les nouvelles techniques en matière de diabète (stylo, diététique...), accompagné d'une diététicienne de l'hôpital; à 15h30, ouverture des stands et dégustation de produits diététiques.

Renseignements: ASBL Soins à Domicile, tél. 02/355.63.99, Infor Santé Nivelles, Eric Jauniaux, tél. 067/21.21.21.

TABAGISME TERRE

31
mai
1990

La prochaine Journée mondiale sans tabac aura lieu le 31 mai 1990. Le thème: "Grandir sans tabac", ou les dangers du tabagisme pour les enfants et les jeunes.

EMPLOI - DEMANDES

Assistante sociale, licenciée en communication sociale (UCL), actuellement sous contrat TCT

cherche emploi. Expériences: éducatrice au Gai Logis Ecaussines; CST au MOC La Louvière; CST au Studio-théâtre de la Louvière; ASBL "Intégration des soins de santé de la région du Centre - Brabant wallon": éducation pour la santé auprès du public, constitution d'une bibliothèque à l'usage des médecins, traduction d'articles médicaux anglais, responsable du mensuel du Groupement des Médecins de la Région du Centre, chargée de recherche en collaboration avec l'Ecole de Santé Publique de l'ULB.

Connaissances en informatique, dactylographie et traitement de texte.

Mademoiselle **Patricia Nicaise**, rue de Nivelles 42, 7180 Ecaussinnes, tél. 064/26.13.13 aux heures de bureau et 067/44.29.03 après 18 h.

Françoise Chenu, diplôme de candidat en Sciences Médicales, premier doctorat en Médecine, Chirurgie et Accouchement, licence en sciences médico-sociales et hospitalières, option éducation pour la santé (thème du mémoire de licence: "Les facteurs associés à la pratique de l'auto-examen des seins: enquête dans un Centre de Dépistage Précoce du cancer"), agrégation de l'enseignement secondaire supérieur en éducation pour la santé, cherche un emploi en relation avec ces formations.

Curriculum détaillé et références: Mademoiselle Françoise Chenu, chemin du Grand Ry 4, 5150 Wépion, tél. 081/46.15.94.

EMPLOI - OFFRE

Job temporaire

Education Santé recherche un collaborateur (ou une collaboratrice) pour travailler à l'évaluation de la revue. Les prestations seront rémunérées.

Si cela vous intéresse, veuillez prendre contact avec Jacques Henkinbrant, au 02/237.48.50.

Rotterdam, 12-15 décembre 1989

En éducation du patient: quelques perceptions et perspectives...

A l'instar de beaucoup d'autres, cette conférence fut une véritable «auberge espagnole» (où, comme chacun sait, on ne trouve que ce que l'on y apporte...). Et que pouvait-on espérer de plus?

1/3, 1/3, 1/3... Sur les 60 travaux et expériences présentés à la Conférence de Rotterdam, j'estime à un tiers les interventions de très bon niveau, enrichissantes et réellement novatrices, à un autre tiers les interventions de «bonne qualité», le reste me paraissant plutôt banal.

Sur ces soixante interventions, une quinzaine ont traité de l'efficacité de l'éducation du patient: 25%! Et dire qu'en Communauté française de Belgique, il y a encore des gens qui affirment que l'éducation du patient n'est pas de l'éducation pour la santé!

Variété dans l'unité

Les sujets abordés concernaient les problèmes de santé classiques dans ce domaine: diabète, maladies respiratoires, lombalgies, périnatalité, adhésion au traitement, perte d'autonomie chez les personnes âgées, problèmes péri-opératoires, maladies infantiles, etc... Hormis trois sujets, tous traitaient de maladies chroniques.

La formation des personnels de santé a aussi été abordée, dans deux présentations aussi intéressantes qu'originales.

Du classique et du neuf

Bien que la majorité des présentations aient fait état des méthodes d'éducation et d'évaluation utilisées, et des résultats obtenus, la plupart se sont limitées à une étude classique des effets habituellement espérés (amélioration des connaissances et des comportements de santé).

Toutefois, plusieurs ont dépassé ce stade et ont abordé des aspects plus intéressants, et plus utiles. Je veux parler des bases théoriques des programmes, des déterminants et des facteurs explicatifs des effets attendus ou obtenus, et de la «qualité» des méthodes utilisées.

Tous les exposés ayant traité de ces questions ont été intéressants à suivre et à discuter, tant en éducation du patient qu'en éducation pour la santé en général. Dans l'ensemble, ils m'ont laissé une double et contradictoire impression: d'une part, que de nouvelles pistes, pour une amélioration de la qualité et de l'efficacité des projets éducatifs, se dégagent; d'autre part que l'important fossé qui existe entre les découvertes issues de la recherche et leur utilisation dans la pratique est encore loin d'être comblé.

Ceci explique peut-être les différences de qualité des expériences présentées à la conférence, certaines, heureusement peu nombreuses, encore fondées sur une connaissance manifestement incomplète et insuffisante des problèmes traités, et d'autres conçues sur des bases et une réflexion nettement plus solides, avec une meilleure cohérence entre les composantes du problème de santé, les solutions éducatives choisies, et les moyens mis en oeuvre (j'ajouterai: et les procédures d'évaluation utilisées).

La Communauté Européenne de l'éducation pour la santé et de l'éducation du patient... Quelle réalité?

Outre «l'emmagasinage de nouvelles énergies», cette conférence a été l'occasion de confronter les apports respectifs de chacun des pays européens... Et même sans exhaustivité, il semble que la représentativité était assurée...

Au niveau de la recherche, l'écart qui existait entre les pays est toujours présent. Les Pays-Bas et le Royaume Uni conservent leur leadership, la France et les pays scandinaves semblent refaire leur retard mais manquent encore nettement de la coordination que l'on retrouve ailleurs.

En éducation du patient, la Communauté française de Belgique connaît une situation comparable à celle de la France, et donc pas très enviable. Le manque de compétences et de moyens financiers en est la principale cause. Si l'on peut estimer, toutes sources de financement confondues, à une quinzaine de millions de FB le budget total de l'éducation du patient en Communauté française de Belgique, il faut savoir qu'aux Pays-Bas, le Centre National d'Education pour la Santé et la Fondation Cardiologique Hollandaise libèrent respectivement 80 millions et 100 millions de nos francs pour l'information et l'éducation du patient; et ils ne sont pas les seuls à s'en préoccuper!

Au niveau de la pratique de l'éducation du patient, et semble-t-il de l'éducation pour la santé aussi, les écarts sont moindres qu'au niveau de la recherche, mais certains pays, dont le nôtre, n'ont pas encore réussi à intégrer leurs actions dans une politique nationale (ou communautaire), par des actions de grande envergure.

Nous savons ce qu'il nous reste à faire, encore faut-il le pouvoir, et le vouloir... Faut-il attendre la deuxième Conférence Européenne sur l'Efficacité de l'Education pour la Santé pour en reparler? ■

Alain Deccache, Conseiller scientifique à l'Unité d'Education pour la Santé U.C.L. et au Centre d'Education du Patient asbl.

Lettre ouverte aux éducateurs à la santé

Dans "Education Santé" d'octobre dernier, Michel Demarteau met le doigt sur une question déjà soulevée lors de la modification des statuts de l'Association pour la Promotion de l'Education à la Santé: où les services et associations qui travaillent en éducation pour la santé (autres que les quatorze agréés) trouveront-ils un lieu d'échange, d'expression, mais aussi de participation aux décisions?

L'APES peut difficilement remplir ce rôle. Quant au centre de coordination communautaire, on est encore dans l'ignorance de son fonctionnement concret. L'absence significative des services non agréés d'éducation pour la santé dans l'organigramme de la Communauté française fait craindre que fort peu de place soit prévue pour eux au niveau de ce centre.

A l'initiative des représentants des membres adhérents de l'APES (1), plusieurs réunions se sont tenues où ces diverses questions ont été discutées et à l'issue desquelles nous vous soumettons la proposition suivante.

Plusieurs d'entre nous, actifs en éducation pour la santé, souhaitent constituer un groupe de réflexion sur les nouvelles structures mises en place, ainsi que sur la politique de la Communauté française. En particulier, nous nous interrogeons sur les priorités définies par la cellule consultative, et nous nous demandons comment devenir des interlocuteurs des nouvelles structures. Nous souhaitons également réfléchir sur les différents aspects de la coordination locale et nous aimerions donc connaître les candidats au rôle de commissions locales de coordination pour pouvoir en discuter avec eux.

Nous ne souhaitons pas donner à ce groupe un rôle représentatif de l'ensemble des institutions actives en éducation pour la santé. L'expérience montre qu'une structure de ce type n'arrive que très difficilement à jouer son rôle en raison de l'extrême diversité de ses membres (que ce soit au niveau du public-cible, des moyens, du type d'activité ou de la problématique rencontrée), de leur poids institutionnel très variable et

des contraintes de temps que la plupart rencontrent.

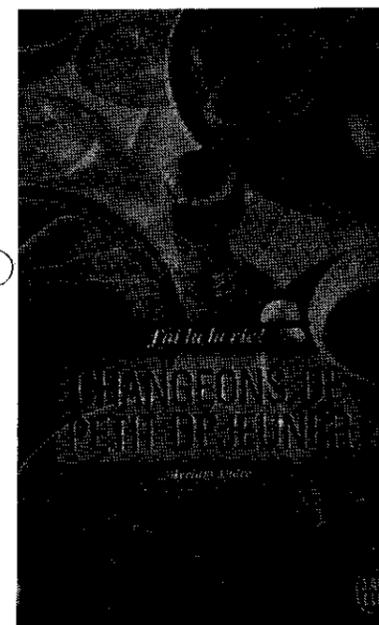
Nous proposons donc aux individus actifs en éducation pour la santé de participer à un groupe de travail sur ces propositions et nous les invitons à se manifester en écrivant à l'adresse ci-dessous. Enfin, nous réitérons notre appel aux candidats au rôle de commissions locales de coordination, avec qui nous souhaitons entrer en contact: faites-vous connaître! ■

Alain Cherbonnier, Bernadette Tissot, Régine Van Snick

Adresse de contact: A. Cherbonnier, 28 rue Lesbroussart, 1050 Bruxelles

(1) Pour mémoire, l'assemblée générale de l'APES est dorénavant constituée de 12 personnes désignées par les universités et de 2 personnes représentant les membres adhérents.

Il passe en revue divers petits déjeuners servis dans les douze pays de la Communauté européenne. On n'échappera pas ici aux clichés qui font des Britanniques les rois du porridge et du bacon, des Allemands les champions des knäckebröt, bretzels et autres mettwurst (saucisses à tartiner).



Il est assez étonnant de constater à ce propos comment les Français nous voient, nous petits Belges: «Bruxelles est encore une capitale où il fait bon vivre. On n'y court pas contre la montre comme à Paris et l'on prend le temps de goûter le matin les plaisirs d'un vrai repas en famille. A la table du petit déjeuner, du thé, du chocolat et surtout du café au lait, un café léger qui remplace de plus en plus la traditionnelle chicorée des pays flamands.

Ni moules ni frites pour accompagner le café mais une «fricassée»: omelette aux lardons, spécialité de la région de Namur que l'on déguste avec des tranches de gros pain achetées préoccupées et tartinées de beurre, de confiture ou de fromage. Pendant le repas, chacun picore dans une assiette de charcuteries composée principalement de salami et de jambon. Dans la région de l'Ardenne, la tradition, héritière des traditions gauloises de salaisons, réserve une

place plus importante aux charcuteries du petit déjeuner et le choix des convives peut se porter sur du pâté, des saucisses, du boudin noir, ou le fameux jambon fumé. Le week-end on aime raffiner ce repas en ajoutant des jus de fruits. Les enfants se régaleront de biscottes rondes au Nutella et, au pain, on préfère le «cramique» (pain brioché aux raisins), la «brique» (pain de mie), le pain d'épice ou bien les «pistolets», ces petits pains ronds fendus au centre que peignait déjà Rembrandt et qui tiennent leur nom du prix qu'on les payait à l'époque: une pistole...»

Vous reconnaissez-vous dans ce portrait que ne désavouerait pas notre ami Christophe Dechavanne?

Il n'empêche, ce passage en revue des coutumes de nos voisins nous donne une foule d'idées pour changer ou varier nos propres habitudes. Et puis il est bon de savoir comment préparer un petit déjeuner particulièrement énergétique pour les sportifs, ou comment accommoder laitages, céréales ou fruits. ■

M. ANDRE, *Changeons de petit déjeuner*, Paris, Eds. J'ai Lu, 1989, collection *J'ai lu la vie!*, n°2, 141p.

Médecines parallèles

Les 3, 4 et 5 décembre 1987, le CRIOC, le Centre de Sociologie de la Santé de l'ULB et le GERM organisaient conjointement un colloque sur le thème «Comprendre le recours aux médecines parallèles».

Après un remaniement des textes des interventions, les actes du colloque sont à présent disponibles.

L'objectif de départ de cette manifestation: «ouvrir la porte à un débat qui dépasserait la polémique, et introduire une évaluation qui supporterait une analyse critique».

Devant l'étendue des sujets à traiter, il a fallu faire des choix: les débats furent donc orientés vers «des

pratiques relativement structurées, faisant appel à un corpus de connaissances repérables, et construisant leur démarche sur l'établissement d'un diagnostic déterminant le choix d'un traitement. Sans être exagérément limitatifs, ces préalables écartaient du cœur du débat certains types de recours, tel que l'invocation explicite de la religiosité par exemple.»

La pluridisciplinarité des intervenants et la diversité de leurs points de vue furent des composantes essentielles du débat: chercheurs et praticiens, observateurs extérieurs ou porte-drapeaux de diverses disciplines se sont succédés, se sont parlés, ont tenté de se comprendre. «Ce n'est pas tous les jours, en particulier, que des médecins (de tous bords), prêtent une oreille intéressée à ce que des anthropologues, des sociologues, des historiens, des psychologues ont à leur dire de leur propre pratique, ni que des scientifiques se font l'écho des problématiques récentes de l'épistémologie.»

La plupart des médecines parallèles bien connues du grand public furent ainsi examinées, mais on traita également et surtout de la relation thérapeutique, de la place du patient dans cette relation, tant en médecine dite officielle que dans les médecines dites parallèles, ou encore le problème de l'évaluation des médecines parallèles, le concept d'efficacité, etc.

Vous l'aurez deviné: tout cela vole assez haut... ■

Comprendre le recours aux médecines parallèles, actes du Colloque international de Bruxelles (3-4-5 décembre 1987), Centre de Recherche et d'Information des Organisations de Consommateurs (CRIOC) / Centre de Sociologie de la Santé de l'Institut de Sociologie de l'Université Libre de Bruxelles / Groupe d'Etude pour une Réforme de la Médecine (GERM), 1989, 317p.

Les actes sont disponibles au prix de 950 FB au GERM, rue du gouvernement provisoire 29, 1000 Bruxelles, tél.: 02/219.67.66.

BULLETTIN D'ABONNEMENT

à renvoyer à Education Santé, rue de la Loi, 121, 1040 Bruxelles.

Nom	prénom		
Profession ou fonction	organisation		
Adresse	n°	bte	
Code postal	Commune		

La dépression, une maladie

Autrefois appelée mélancolie ou spleen, la dépression a toujours existé mais sa fréquence paraît croissante et elle touche aujourd'hui un nombre considérable de personnes. Généralement considérée comme d'origine psychique, elle constitue en fait une véritable maladie qui peut être traitée de manière spécifique.

Dernier-né des éditions Hermann, «La dépression» apporte une information claire et précise sur les différents aspects de cette maladie: fréquence dans les divers groupes de la population, mécanismes biologiques et psychologiques, évolution et traitements. Analysant les caractéristiques de la dépression et les possibilités de rémission, les auteurs expliquent, dans un langage simple et accessible, les thérapies possibles qui toutes doivent prendre en compte non seulement le malade mais aussi son entourage. ■

D. WIDLOCHER, M-C. HARDY, *La dépression*, Paris, Eds. Hermann, 1989, collection *Ouverture Médicale*, 128p., 42FF.

Le catalogue nouveau est arrivé

La Médiathèque de la Communauté française présente la version 1989-1990 de son catalogue des programmes d'intérêt général. Rien de bien neuf par rapport aux précédents, si ce n'est bien sûr le nombre de programmes vidéo présentés qui croît chaque année. Rappelons que ces programmes sont des productions d'organismes privés ou publics, principalement des télévisions belges et françaises, ou encore d'autres pays de la Communauté européenne.

Une des treize rubriques de classement des programmes intéressera particulièrement nos lecteurs puisqu'elle est intitulée «Médecine - santé»: s'y trouvent rassemblés les programmes traitant de problèmes médicaux, de santé, de médicaments. On y trouvera également des séries décrivant le fonctionnement du corps humain. Un grand nombre de titres concernent la prévention et l'éducation pour la santé. Signalons toutefois que la collection «Education pour la santé» fait l'objet d'un catalogue spécial, dont l'édition 1990 devrait sortir dans quelques semaines. ■

Le catalogue est en vente au prix de 300FB dans tous les services de prêt de la Médiathèque. Renseignements sur le comptoir ou le discobus le plus proche auprès de l'Administration Centrale de la Médiathèque, Place Eugène Flagey 18, 1050 Bruxelles, tél. 02/640.38.15.

Le catalogue des programmes d'intérêt général et le catalogue Education pour la santé peuvent être consultés à Infor Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles, tél. 02/237.48.53.

Et si l'alcoolique devenait plus important que l'alcoolisme...?

L'objectif traditionnel de l'intervention exercée auprès de celui qui a développé des problèmes avec l'alcool est l'abstinence totale. Il n'y a cependant que le tiers des malades qui y arrivent, et encore, bien souvent au prix d'une adaptation personnelle et sociale précaire.

Cela a incité des chercheurs à expérimenter avec d'autres objectifs comme le boire contrôlé et le boire réfléchi. Le taux de succès est alors aussi important avec une diminution sensible des difficultés sociales et personnelles.

Il ne serait donc pas toujours indiqué de défendre exclusivement l'abstinence totale sans explorer la possibilité pour l'alcoolique de s'orienter vers quelque chose de plus séant pour lui.



C'est en tout cas l'idée du Québécois Dollard Cormier, qui puise dans sa longue expérience de psychothérapeute et comme intervenant et chercheur en toxicomanie pour exposer de façon précise la teneur de chacune de ces positions.

Cet ouvrage original pourra contribuer à aider les buveurs à problèmes ainsi que les intervenants, thérapeutes et autres, à faire une analyse précise des options qui se proposent vis-à-vis de l'alcoolisme. ■

D. CORMIER, *Alcoolisme - Abstinence, boire contrôlé, boire réfléchi*, Québec, Eds. du Méridien, 1989, 178p.

L'Europe des petits déjeuners

Petit déjeuner-savour, petit déjeuner-bonheur! Tel serait en substance le message de «Changeons de petit déjeuner», guide présentant toute une série d'idées-choc pour se préparer un petit déjeuner haut en couleur.

«Prudence j'y pense»

Une approche de la prévention des accidents domestiques

Les accidents domestiques (chutes, coupures, brûlures, intoxications) sont nombreux dans notre pays et touchent de plein fouet deux tranches d'âge particulièrement vulnérables: les enfants de 0 à 6 ans et les personnes âgées (60 ans et plus). Chaque année, des milliers d'enfants sont victimes d'un accident domestique dont les conséquences peuvent être dramatiques.

Face à cette réalité, le Mouvement Coopératif Féminin (organisation de consommateurs et mouvement d'éducation permanente) a démarré une campagne de prévention intitulée «Prudence j'y pense» destinée aux enfants de l'école maternelle (de 3 à 6 ans), à leurs enseignant(e)s et à leurs parents.

Pourquoi une action à l'école maternelle?

Tout d'abord, parce que les enfants qui la fréquentent sont des candidats potentiels à l'accident (les chiffres le montrent), mais aussi parce que l'école maternelle présente l'avantage d'une grande souplesse dans l'organisation des activités, ce qui facilite l'intégration de thèmes nouveaux.

La pédagogie, qui est très souvent orientée vers la découverte du monde extérieur et de l'environnement cadre bien avec le thème de la sécurité.

Enfin, les possibilités de dialogue avec les enseignant(e)s et les parents sont nombreuses.

Objectifs poursuivis

Notre objectif à long terme était la création et la réalisation d'un matériel (pédagogique) et d'une démarche concrétisée sous la forme d'un dossier pédagogique, reprenant une série de «leçons» de prévention et d'activités d'exploitation.

Ce matériel (un livre illustré) et le dossier pédagogique (constitué à partir de toutes les animations réalisées dans nos trois écoles) seront diffusés dans toutes les écoles maternelles qui en feront la demande.

Sensibilisation des enfants

La sensibilisation des enfants à notre action, a commencé lors de la passation d'un pré-test destiné à apprécier leurs connaissances préalables des dangers domestiques.

Ce pré-test, emprunté au Comité Français d'Education pour la Santé est constitué d'une série de photographies présentant des enfants dans des situations potentiellement dangereuses.

Pour chaque situation, l'enfant (testé individuellement), est invité à dire ce qu'il voit sur la photo. Sa réponse, après questions complémentaires, est cotée 1, 0,5 ou 0 selon qu'il reconnaît le danger potentiel, l'élément dangereux ou, ni l'un ni l'autre.

De cette façon, nous avons obtenu un «profil» des connaissances préalables pour chaque enfant testé. Ceci nous a permis d'adapter nos animations en fonction du profil par classe mais aussi de mesurer après coup l'impact de notre action.

Les résultats des pré-tests à Bruxelles et à Liège montraient que les enfants n'étaient pas sensibilisés de la même manière à tous les risques domestiques.

Ainsi, d'une manière générale, les enfants sont conscients des risques proches de leur vécu quotidien (comme les chutes par exemple) ou des dangers qui sont l'objet d'un discours préventif très marqué de la Communauté éducative (comme l'accident de la route).

Inversement, ils sont moins cons-

ciants dans l'ensemble des dangers relativement abstraits comme l'électricité ou les intoxications par les médicaments ou par les produits domestiques.

Notons cependant que le risque de se couper (illustré dans notre test par un enfant utilisant de «grands» ciseaux d'adulte) n'a pas été reconnu comme tel par une majorité d'enfants. Nous avons supposé que l'usage presque quotidien de petits ciseaux à l'école jouait en faveur d'une représentation «non dangereuse» de l'usage de cet outil.

Au terme de notre action, la passation par les mêmes enfants d'un post-test (identique au premier) a révélé que nous avons augmenté considérablement le pourcentage de reconnaissance des situations à risque en rendant plus «concrets» certains des dangers qui ne l'étaient pas au départ.

Ces points seront discutés en détail dans le rapport d'évaluation.

Sensibilisation des parents

Les parents des élèves constituaient un de nos publics cibles. Il nous semblait très important de les associer à notre action. C'est pourquoi nous avons distribué à tous les parents d'élèves une note d'information sur notre action, assortie d'un questionnaire relatif aux accidents domestiques qu'ils auraient pu vivre au cours des 6 derniers mois.

Sur 350 questionnaires distribués, nous en avons reçu 276 utilisables. Un pourcentage de retours très important qui témoigne de l'intérêt des parents pour cette initiative.

Nous présentons ci-après les résultats principaux de cette enquête auprès des parents; la présentation détaillée des résultats sera faite dans le rapport d'évaluation de notre action.

**Enquête auprès des parents:
comparaison globale des données**

	Bruxelles	Liège
Nombre total d'enfants:	66	264
Nombre de familles avec 1 enfant:	37	47
2 enfants:	82	59
3 enfants:	16	24
4 enfants:	3	4
5 enfants:	1	1
6 enfants:	0	1

L'échantillon de familles bruxelloises habite principalement la commune de Forest. L'échantillon «liégeois» est réparti sur les communes de Crisnée, Oreye et Momalle, trois communes essentiellement rurales.

Les familles liégeoises habitent principalement dans des maisons isolées, à la campagne, disposant dans la très grande majorité des cas d'un jardin et d'une cour pavée.

Les familles bruxelloises habitent tantôt dans une maison (dans la moitié des cas) tantôt dans un appartement. Il s'agit la plupart du temps d'une maison entre 2 murs mitoyens disposant d'un jardin (fréquence 81/138) et parfois d'une cour pavée (fréquence 69/138). L'habitation est située en majorité au centre de la ville.

Notre première hypothèse était que les accidents domestiques sont plus fréquents à la campagne, parce que les facteurs de risques y sont plus nombreux.

Cette hypothèse se trouve infirmée par les résultats en notre possession.

Nombre de familles ayant vécu 1 ou plusieurs accidents domestiques durant les 6 derniers mois:

Liège:	28	Bruxelles:	40
Nombre d'accidents:	37	Nombre d'accidents:	64

Quel type d'accident les familles rencontrent-elles?

	Région de Liège	Bruxelles
Chute de plain-pied	6	10
Chute d'une hauteur	8	16
Chute sur un objet	9	6
Brûlure	6	
Coup	1	6
Coupures	6	9
Choc électrique	-	1
Intoxication	1	1
Étouffement	1	1
Morsure	1	2
Piqûre	4	1
Pincement	-	2
Total:	37	64

Nous avons émis l'hypothèse que les accidents les plus fréquents seraient les chutes, les coupures et les brûlures.

Cette seconde hypothèse se trouve confirmée par nos résultats. En effet, tant à Bruxelles que dans la région de Liège, les chutes constituent la catégorie d'accident la plus fréquente, 50% des cas environ. Dans la catégorie des chutes, celles d'une hauteur sont les plus fréquentes. Viennent ensuite les brûlures et les coupures.

A Bruxelles, après les coupures, ce sont les coups qui suivent, tandis que dans la région de Liège, ce sont les piqûres.

Notons enfin à Bruxelles et à Liège, la faible occurrence des intoxications, étouffements, morsures, piqûres, pincements.

La distribution de fréquence des accidents domestiques répertoriés est parallèle à Bruxelles et à Liège. De plus, cette distribution est parallèle aux fréquences enregistrées dans d'autres études.

Actions d'information à l'intention des parents

Deux séances d'information ont été organisées dans chaque école à l'intention des parents.

Le contenu de ces séances s'articulait en fonction des demandes exprimées via notre questionnaire autour de trois thèmes principaux:

A) Le développement psychomoteur de l'enfant et les risques d'accidents.

B) L'aménagement intérieur de l'habitation et les accessoires de sécurité.

C) Que faire en cas d'accident?

Chaque séance d'information a été réalisée en collaboration avec un délégué de la Croix-Rouge formé au secourisme et prenant en charge les questions relatives aux premiers soins à donner en cas d'accident.

Ces séances d'information furent riches d'enseignements pour les

Chose à première vue impossible, et pourtant...

Cette brochure est réalisée sous forme de questionnaire qui passe en revue toutes les pièces de la maison, tous les objets susceptibles de favoriser le développement des acariens. Les mesures pratiques indispensables pour combattre l'allergie sont expliquées clairement et de manière détaillée. ■

La brochure «Maison sans poussière, maison sans souci» est en vente au prix de 60FB (frais d'envoi compris).

La cotisation pour adhérer à l'association et recevoir le bulletin d'information est de 500FB.

Fondation pour la Prévention des Allergies, rue Saint Martin 44, 7500 Tournai, tél. 069/22.96.04, ou rue J. Bens 27, 1180 Bruxelles, tél. 02/733.88.10, Compte 068-2091216-20.

Sportons-nous bien!

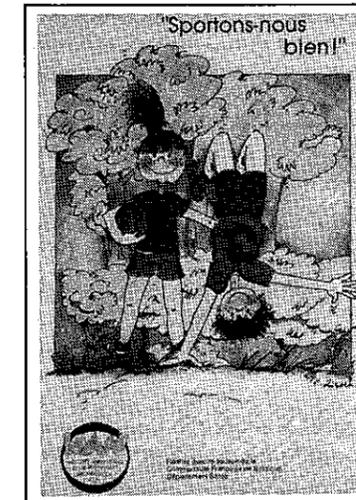
Actuellement, la pratique sportive s'intensifie chez les jeunes, en réponse à leur sédentarité croissante. Cependant, la recherche d'une meilleure performance et le désir d'aller toujours au-delà des frontières du possible laissent peu de place à l'improvisation.

Il n'est plus besoin de démontrer aujourd'hui qu'une alimentation fantaisiste avant et pendant la compétition est source de mauvaises performances sportives.

En effet, la diététique tient une place importante aussi bien pendant l'entraînement que le jour «J» et directement après la performance, lors de la récupération. Malheureusement, les erreurs et croyances nutritionnelles sont encore trop nombreuses et souvent tenaces.

C'est pourquoi l'Ican (Institut Communautaire de l'Alimentation et

de la Nutrition), en réponse à la curiosité et aux demandes émanant des sportifs, a décidé d'aider les jeunes à améliorer la qualité de leur vie active, ainsi que leurs possibilités et performances dans le sport qu'ils pratiquent.



La brochure «Sportons-nous bien!» est destinée aux jeunes sportifs (de 10 à 14 ans), mais aussi aux dirigeants, aux entraîneurs, aux éducateurs au sens large. Elle développe une technique d'alimentation basée sur les principes fondamentaux de la diététique en évitant les erreurs à l'origine de bien des contre-performances, et dans l'espoir que ces bons principes ouvrent la voie de la performances maximale à l'école comme sur le terrain de sport.

Après un rappel des règles de l'équilibre alimentaire, le document apporte des informations claires sur les relations entre l'alimentation, la santé et le sport.

Ensuite, les règles alimentaires spécifiques à la pratique d'un sport, des conseils et des exemples concrets aident le jeune sportif à organiser sa journée pour mieux «se porter» et mieux «sporter», en permettant une meilleure exploitation du potentiel de chacun.

Enfin, un jeu-test est proposé en fin de brochure, qui permet au lecteur de vérifier s'il a bien assimilé les

informations qu'il vient de lire.

Alors, si vous connaissez des jeunes sportifs désireux de vivre et manger sainement, mais aussi d'être performants, invitez-les à nous suivre. Dans un style personnalisé et illustrée avec humour et fantaisie, «Sportons-nous bien!» sera leur partenaire!

La brochure coûte 120 FB (plus frais d'envoi). ■

Pour tout renseignement: Institut Communautaire de l'Alimentation et de la Nutrition, Quai du Barbou 4, 4000 Liège, Tél.: 041/43.75.39, poste 55.

C. Bajiot et C. Culot, Ican

Préparer sa seconde jeunesse

La Ville de Mouscron met à la disposition de toutes les personnes âgées de plus de 60 ans domiciliées dans l'entité et des personnes introduisant une demande de pension une petite brochure de conseils selon trois lignes de force: milieu de vie adapté aux seniors, conserver la santé, garder des activités de formation et de loisirs.

«Bien vieillir, c'est savoir s'adapter.» Un support comme «Quelques conseils pour préparer votre seconde jeunesse» peut y contribuer. ■

Questions de santé

Cancer: savoir mieux s'en protéger

Sournois ces cancers qui s'installent chez les femmes, parfois très jeunes, sans crier gare. Et les cancers «féminins» du sein et du col de l'utérus comptent parmi les plus fréquents.

Aujourd'hui, beaucoup de facteurs liés à l'apparition d'un de ces cancers sont connus, mais pas toujours expliqués. Les signes révélateurs de la naissance d'une tumeur au sein ou sur le col de l'utérus sont bien cernés.

L'arsenal des traitements est assez vaste et aiguisé pour guérir la plupart de ces lésions cancéreuses, et ce d'autant plus aisément qu'elles sont détectées précocement. Fait plus encourageant encore, des petits examens médicaux réalisés régulièrement peuvent mettre en évidence des cancers débutants.

En outre, grâce à certains gestes que la fiche «Cancer: dépistage chez la femme» décrit dans le détail, la femme est en mesure de détecter elle-même des anomalies en rapport avec un cancer du sein ou du col.

Bref, la fiche «Cancer: dépistage chez la femme» renferme des informations utiles aux femmes qui, par une attitude préventive, veulent rester en avance sur la maladie.

Vésicule biliaire: quand la bile se met en boule

Un petit sac qui peut engendrer bien des histoires, cette vésicule!

Trait d'union entre le foie et l'intestin, elle joue un rôle capital dans la digestion. Un fonctionnement sans pépin de la vésicule est donc souhaitable. Bien sûr, il lui arrive de trébucher sur une pierre et de signaler son mécontentement par de vilaines crises d'humeur.

En parcourant la fiche Question Santé «Vésicule biliaire», le lecteur

découvre le sens des crises de colique hépatique, châtement implacable que nous réserve une bile tourmentée. Cette insurrection de la vésicule est en principe synonyme de pierres à la vésicule.

S'informer sur la nature de ces pierres pernicieuses, sur leur détection, sur leur élimination; prendre conscience de la pertinence d'un régime alimentaire équilibré ou approprié à chaque organisme; savoir l'essentiel sur ces maudites pierres: tel est l'objectif de cette fiche, dans laquelle la terminologie scientifique est minutieusement expliquée afin de faciliter le dialogue entre le malade et le corps médical. ■

Ces deux fiches sont disponibles sur simple demande au secrétariat de Question Santé, rue du Viaduc 72, 1050 Bruxelles, tél. 02/512.41.74, au prix de 20FB pièce.

Le petit déjeuner

Encore un dépliant sur notre premier repas de la journée! On finira par croire qu'on en parle plus qu'on y mange...

L'Association pour le Développement de l'Hygiène et de l'Epidémiologie en Bretagne a choisi comme cible les écoles maternelles d'Ille-et-Vilaine (France) pour sa campagne de promotion de la santé sur le thème du petit déjeuner.

En collaboration avec la D.D.A.S.S., la ville de Rennes et le Comité Régional de Promotion de la Santé, un petit dépliant à l'usage des enfants a été réalisé. Il leur permettra, avec le concours attentif de l'enseignant, de composer de façon variée le premier repas de la journée, en s'initiant aux règles de l'équilibre alimentaire.

Petit format, lisibilité, jolis dessins, jolies couleurs: une sympathique initiative! ■

Ce dépliant est disponible auprès de

L'Association pour le Développement de l'Hygiène et de l'Epidémiologie en Bretagne, rue du Château 19, F-35650 Le Rheu, France.

Faire reculer l'allergie

L'allergie respiratoire touche, selon les études, de 10 à 20% de la population. Voici environ un an, plusieurs mères d'enfants allergiques ont décidé de mettre en commun leur expérience de lutte permanente contre la maladie allergique, leurs angoisses, leurs hésitations, leurs espoirs.

Afin de faire le poids, pour que des mesures soient prises chaque fois que la prévention est possible, elles se sont constituées en ASBL. Un comité scientifique pluraliste fut mis sur pied, avec l'aide de médecins concernés par le problème. La Fondation pour la Prévention des Allergies pouvait démarrer. En juin 89, une conférence de presse, abondamment répercutée par les médias, lui amena plus de cent affiliés.

Après six mois d'existence, la Fondation a réalisé deux documents d'information. Le premier, «Oasis Allergies», est un bulletin de contact trimestriel, dont le premier numéro est sorti au mois de décembre 89. Chaque numéro comportera un dossier et des informations concernant les différents aspects de l'allergie, le point sur les colloques, les recherches, les nouveautés dans ce domaine ainsi que des conseils pratiques.

Le deuxième est une brochure intitulée «Maison sans poussière, maison sans souci». De nombreuses allergies sont causées par ce qu'on appelle communément, et erronément, les «poussières de maison». Il s'agit en fait d'un acarien, sorte d'araignée microscopique qui se niche et se développe principalement dans les tapis, les rembourrages,... Prévenir les crises allergiques, c'est donc vivre dans une maison presque totalement exempte de «poussière».

parents et pour nous-mêmes. De nombreuses questions furent posées sur les risques liés à certains produits, sur les mesures de prévention des accidents et sur les notions de base du secourisme.

Matériel

Il nous a semblé important, pour introduire les animations, de travailler à la réalisation d'un support attractif. Nous avons réalisé un scénario: l'histoire de Gully Patatras. En quelques mots, il s'agit d'un petit écureuil qui est recueilli, blessé, dans la forêt, par un petit garçon nommé Alex qui décide de le ramener chez lui pour le soigner. Durant sa convalescence, Gully va apprendre à ses dépens à découvrir les différents dangers de la maison. Les brûlures, coupures, intoxications, étouffements, noyades, chutes et les dangers de l'électricité sont abordés à travers une mésaventure de Gully, mésaventure qui se termine toujours bien.



Nous avons fait illustrer les histoires de Gully, ces images présentées sous forme de diapositives ont illustré nos animations.

Déroulement d'une animation type

Les animations se sont toujours déroulées suivant le même schéma. Nous avons convenu avec les enseignant(e)s de consacrer entre 2 et 3 séances pour chaque thème et pour chaque classe.

Nos objectifs étaient les suivants:

- la découverte ou la redécouverte des dangers de l'environnement (à la maison ou dans la classe) et
- la découverte des moyens de prévention.

La première séance de chaque animation débutait par la «lecture» illustrée de l'histoire de Gully correspondant au thème choisi.

Après s'être assurés de la bonne compréhension de l'histoire par les élèves, nous réservions toujours un temps pendant lequel les enfants pouvaient raconter leur vécu éventuel, leurs propres mésaventures.

Ceci est important car cela donne aux enseignant(e)s et à nous-mêmes une idée des représentations de l'enfant par rapport au danger, au risque et ou à l'accident. Toutes les fois où cela était possible, nous demandions aux

apprendre à se servir d'un épluchepommes de terre, apprendre à peler un fruit. Pour les intoxications, apprendre à reconnaître les produits dangereux, les classer. Visite de pharmacie, travail de recherche sur le médicament, etc...

D'autres thèmes ont permis la création d'affiches de prévention pour mettre en garde les jeunes élèves. Nous avons tenté de créer au sein de l'école une dynamique autour de la sécurité et de la prévention des accidents impliquant le plus grand nombre d'acteurs: enfants, parents, enseignants, sans oublier le personnel de cuisine et d'entretien. Ceci s'est traduit notamment par la réalisation d'affiches et de jeux de société sur la découverte des dangers, réalisés par les plus grands à l'intention des plus jeunes.

La deuxième année de notre campagne sera axée sur la diffusion de notre matériel (livre, dossier pédagogique, diapositives, affiche et dépliant). Les écoles qui en feront la demande recevront gracieusement un exemplaire du dossier pédagogique et du livre illustré.

Nous proposerons également aux écoles intéressées un petit module de formation/information abordant les différentes questions qui se posent lorsque l'on souhaite introduire dans sa classe des «leçons» d'éducation pour la santé, concernant ce thème spécifique de la prévention des accidents domestiques. ■

Nicolas Du Bled, Mouvement Coopératif Féminin

Pour tout renseignement complémentaire, veuillez prendre contact avec Nicolas Du Bled, M.C.F., Rue Haute, 28, 1000 Bruxelles, Tél.: 02.513.44.91.



Ces activités étaient très diversifiées: par exemple pour les coupures,

«Réponses»

Un périodique pour le grand public. Un outil de communication pour les organismes d'éducation pour la santé



Il y avait le «Pourquoi pas?». Il y a aujourd'hui le «Parce que». Il y avait les fiches «Question Santé». Il y a aujourd'hui les «Réponses» santé. Les supports d'information jouent aux jeux de chaises et de mots.

Question Santé vient en effet de créer «Réponses», un périodique qui comme son nom l'indique répond chaque mois aux questions du grand public en matière de santé. Cette publication répond aussi à une attente des affiliés de Question Santé qui interrogent de plus en plus l'asbl sur des problèmes généraux ou particuliers de santé. Question Santé reçoit en effet chaque mois 800 à 1000 lettres, dont bon nombre contiennent des questions appelant une réponse personnalisée.

«Quels conseils pourriez-vous me donner pour éviter les désagréments que ma peau connaît chaque hiver?». «Ma fille est hospitalisée pour anorexie mentale. Comment naît cette affection?». Depuis toujours, l'équipe de médecins de Question Santé répondait personnellement, par courrier, à une centaine de questions envoyées chaque année par le public. Depuis le mois de janvier 1990, le lecteur de «Réponses» peut à la fois poser ses propres questions et profiter des autres réponses publiées.

Il ne s'agit nullement de prendre la place du médecin de famille ou du spécialiste. Lorsqu'une question est posée à l'équipe médicale de Question Santé, c'est peut-être parce que le patient n'a jamais osé la formuler auparavant, qu'il n'a jamais reçu de réponse claire, ou le plus souvent qu'il désire recevoir un avis supplémentaire qui l'aidera à prendre une décision. L'objectif de «Réponses» est de faciliter la compréhension du problème et de permettre un meilleur dialogue avec le médecin.

«Réponses» fait partie des supports créés par Question Santé et mis à la disposition de ses affiliés. Avec ses huit feuillets, son format A4, une impression noir et blanc, et une diffusion à 5000 exemplaires, «Réponses» est un périodique qui se veut bref, sobre, informatif et clair.

Plusieurs rubriques sont proposées au lecteur: «Un médecin vous répond» qui rassemble les réponses, «Question Santé au jour le jour» qui révèle les différentes facettes du travail fourni par l'asbl, «Les brèves» qui informent tour à tour de l'existence d'organismes ou de supports utiles face à certains problèmes de santé, et «Le point santé» qui aborde sous forme de petit dossier un problème spécifique.

«Réponses» s'insère dans le cadre de la mission de l'asbl qui tend notamment à favoriser la concertation interthématique entre groupes et personnes s'adressant aux adultes. Cet outil de communication et de coordination des adultes est mis entre autres à la disposition des organismes d'éducation pour la santé qui souhaitent participer à l'élaboration d'un dossier complet, dans le cadre de campagnes d'information grand public. «Réponses» revêt alors la forme d'un numéro spécial s'intégrant dans un programme plus complet d'éducation pour la santé. ■

Nathalie Vandendooren, Question Santé

Pour obtenir «Réponses», il suffit de devenir membre de Question Santé. Cela coûte 540 FB et cela donne aussi droit à l'abonnement aux fiches éditées par l'asbl. Question Santé, rue du Viaduc 72, 1050 Bruxelles, tél.:02/512.41.74.

Diététique dans un home

Vous aimez le concret? Vous serez servis avec cette présentation d'une action sur le terrain, qui rencontre un besoin précis, qui suit la demande d'un particulier. Où la théorie n'est plus théorie, mais devient une application avec des moyens rencontrés.

Il est évident que l'impact souhaité se situe sur une petite échelle, que les résultats ne sont pas révolutionnaires et que la patience est encore plus de rigueur. Mais nous pensons que le plus petit des objectifs qui est atteint renforce la fonction de diététicien, diététicienne dans sa profession.

Monsieur et Madame Leveaux-Courtois, directeurs du Home «Chez moi», à Verviers, ont contacté l'Ican (Institut Communautaire de l'Alimentation et de la Nutrition) pour un projet bien particulier.

L'objectif général est d'apporter dans ce home d'handicapés, un équilibre alimentaire, dans une période non limitée et selon:

- la disponibilité du personnel de cuisine
- suivant les demandes du personnel d'encadrement
- suivant les possibilités des pensionnaires.

Présentation du home

«Chez moi» accueille 28 adultes handicapés mentaux, 17 hommes et 11 femmes, âgés de 23 à 60 ans. L'handicap est dit:

- retard mental léger: est équivalent à la catégorie pédagogique «éducable». Adultes, ils peuvent parvenir à une insertion sociale et professionnelle suffisante pour assurer une autonomie minimale, mais peuvent avoir besoin d'assistance.

transit», qui se contentent de faire glisser vers la main généreuse les fonds qu'un organisme financier public ou parastatal leur a déposés dans la main quémandeuse. Que ceux, par contre, qui soutiennent gracieusement de leurs deniers autant d'organismes, de services et de bonnes volontés extérieures (qui n'ont souvent ni le temps, ni les moyens, ni peut-être l'envie de monter eux-mêmes au créneau du «fund raising») nous jettent la première pierre.

2. En matière de financement, il est des problèmes d'échelle qui, au plan moral, risquent de biaiser fortement les comparaisons entre pratiques associatives, si l'on n'y prend garde. En fait, hormis les associations qui se satisfont pleinement de leurs seuls subsides (à supposer qu'il en existe encore de ce type), aucune ne dédaigne faire appel à des compléments d'aide. Simplement, organiser une tombola, demander à ses membres ou sympathisants influents de se mettre en chasse de divers expédients, cela reste en général relativement confidentiel à l'échelon de groupements de petite ou de moyenne dimension. A l'échelon de l'Association contre le cancer et des ses quelque 500.000 membres, où les dons privés constituent de surcroît la forme régulière de rentrées et non un simple appoint, cela prend par nature des allures de campagne publique quasiment ouverte à front de rue. Cette inévitable «visibilité» peut donner une image déformée de notre action: nous envahirions le terrain avec des techniques «particulières»...

En réalité, il serait bon de s'aviser que nos réflexes de survie et notre démarche ne diffèrent des autres qu'en termes de degré et non de nature: nous recourons pour l'essentiel à des procédés bien communs; simplement opérons-nous moins discrètement que d'autres, en raison de l'étendue de la surface couverte. L'argent est un outil virtuellement «intéressant» pour tous les gens d'action et, s'il est utilisé pour une cause utile et honorable, il n'est pas plus choquant de récolter à la pelle qu'à la cuiller à thé. A choisir, on pourrait même ajouter: au contraire.

Du reste, les récoltes de fonds les plus discrètes ne sont pas toujours les plus transparentes: faut-il rappeler ici que l'Association contre le cancer, outre les contrôles légaux, dispose d'une comptabilité établie conformément au plan comptable normalisé et fait appel annuellement à un réviseur d'entreprise pour vérifier la rigueur de sa gestion financière, alors que rien ni personne ne l'y oblige; enfin, le bilan financier (et pas seulement... moral), les comptes de résultats et le rapport de vérification du réviseur sont publiés dans notre revue trimestrielle, de manière à ce que tous les membres puissent en prendre connaissance.

3. En matière d'information, enfin, le raisonnement est le même. Sans doute n'auriez-vous guère paru dérangés qu'une petite association de sensibilisation à la prévention du cancer bénéficie d'un montant de trois millions FB par an pour réaliser quelques animations locales et diffuser un bulletin tirant à 2000 exemplaires. D'où vous vient alors le sentiment que nous ferions preuve d'excès, sinon de débauche, alors que notre rayonnement est 400 fois supérieur («Cancer-Info» tire actuellement à 800.000 exemplaires environ et paraît dans les trois langues nationales) pour un coût qui, lui, est proportionnellement infiniment moindre. Non seulement les effets de cette politique d'information systématique et à grande échelle sont mesurables en termes de changements réels et durables de comportement dans la population (ce n'est pas l'objet de cet article), mais la sensibilisation à nos objectifs nous permet en outre de dégager des sommes importantes en vue de soutenir sans contrepartie, comme nous l'avons souligné plus haut, de nombreuses initiatives créatrices du terrain.

Rien n'est aussi simple que vous semblez l'imaginer, assurément, dans la question des rapports qu'entretiennent les organismes non marchands avec l'argent. Le simple fait - qui semble vous avoir échappé - qu'un organisme apparemment «gourmand» puisse avoir parmi ses fonctions principales celle de soutenir

une multitude d'initiatives extérieures selon un processus de solidarité en chaîne entre le plus «puissant» et les plus «nécessiteux» en témoigne à suffisance. Nous ne nous instaurons pas en juges vétilleux de la moralité des autres dans ce domaine.

Nous entendons seulement, lorsqu'on nous juge, que ce soit avec une certaine bonne foi et sans ce schématisme réducteur qui consiste à diviser le secteur associatif en deux mondes radicalement distincts: celui des prétendus requins, pour qui la croissance est un objectif primordial, et celui des angéliques poissons rouges, faisant du cocooning moral à l'abri de leurs subsides.

Docteur Georges Ziant, Directeur de l'Association contre le cancer

Nous n'avons pas l'intention d'entamer ici une polémique sur les mérites respectifs de l'auto-financement et de la subvention.

Simplement deux choses.

Nous ne sommes nullement adversaires du financement par le recours à la générosité du public, de la technique de récolte de fonds, qu'elle soit modeste ou à grande échelle comme à l'Association contre le cancer. Et si cette dernière a pu profiter d'un créneau «santé» inexploité jusqu'à elle, c'est bien joué. Nous trouvons simplement que la fin, aussi noble soit-elle s'agissant de la lutte contre le cancer, ne justifie pas tous les moyens.

En relisant le texte incriminé, nous n'y trouvons pas le procès d'intention que nous attribue le Dr Ziant. Après tout, si les centaines de milliers de membres de l'Association ne sont pas satisfaits de l'usage qu'elle fait de leurs dons, ils sont libres de ne pas renouveler leur cotisation!

Si le sujet vous intéresse, si le ton un peu acide du débat vous stimule, n'hésitez pas à nous faire part de vos réflexions!

L'Association contre le cancer réplique

Egratignée récemment dans la rubrique «Humeurs» de notre mensuel, l'Association contre le Cancer nous a adressé une mise au point que nous publions bien volontiers. Soulignons au passage l'élégance du Docteur Ziant, qui nous épargne le droit de réponse obligatoire dont certains ont tendance à abuser.

L'Association contre le cancer étant assez sérieusement prise à partie dans votre numéro 43 de décembre 1989 (page 33), il serait fair-play que vous ouvriez vos colonnes à la contradiction et que vous communiquiez à vos lecteurs la présente mise au point. Celle-ci pose d'ailleurs, à nos yeux, des questions de fond sur les ressources du secteur social qui sont rarement débattues dans vos colonnes et qui dépassent le cadre de notre seule association. A ce titre, vous voudrez bien comprendre qu'un minimum de développement s'imposait dans notre réponse. Nous nous limiterons malgré tout à quelques réflexions très globales, en restant prêts à approfondir la discussion si nécessaire.

De quoi s'agit-il, en fait? D'un vieux débat relatif à un sujet toujours aussi tabou, quoi qu'on en dise: l'argent. D'un bout à l'autre de votre chronique d'«humeur» s'exprime en effet une préoccupation dominante: épinglez dans les activités d'une association comme la nôtre tout ce qui touche à la volonté de récolter des fonds. Tombola, appel aux donations testamentaires, sollicitation des membres de nos sections locales pour nous aider dans nos campagnes de financement... tout cela est minutieusement décortiqué et, le plus souvent, empreint d'une vague réprobation morale.

De façon à peine voilée, ce que l'on semble surtout chercher à démontrer, c'est - osons le dire - que nous succombons au péché de lucre.

Toutes ces opérations à but financier n'illustrent-elles pas notre avidité d'augmenter nos ressources? Ne serait-ce même pas, à vous entendre, notre souci principal, au détriment des objectifs infiniment plus nobles auxquels nous devrions nous consacrer en vertu de notre objet social?

De proche en proche, votre lecteur sera très naturellement entraîné à penser qu'un tel penchant doit cacher des buts obscurs, peu avouables. Le titre même de l'article («Votre argent m'intéresse») suggère quasiment l'existence de mobiles mystérieux, qu'on imagine sans peine étroitement intéressés. Si ce n'est certes pas la recherche de plantureux profits qui anime l'Association contre le cancer - ce que vous vous gardez bien sûr d'affirmer -, votre propos excelle à laisser planer l'idée que cela doit y ressembler. De même qu'il n'y a pas de fumée sans feu, en somme, il n'y aurait pas de «fund raising» sans quelque vénalité foncière. «Soupçonnons, cela ne coûte rien»: telle serait votre nouvelle devise en matière d'information?...

Mais laissons là les procès d'intention habillés en mouvement d'«humeur» dont votre article est du reste émaillé. Venons-en plutôt aux réalités.

Oui, l'Association contre le cancer a fait le choix d'adresser son message de prévention à un public très large: plus d'un habitant sur vingt de ce pays, tous âges confondus, se compte parmi nos membres au bout de six ans d'existence. Oui, après des débuts précaires, nous récoltons aujourd'hui des sommes importantes, en tout cas hors de proportion avec ce dont bénéficierait la plupart des organismes d'éducation pour la santé «agréés» ou non. Oui, ce résultat est le fruit d'une politique de développement opiniâtre, qui mise

sur la générosité privée plutôt que sur le bon vouloir des bailleurs de fonds publics. Oui, cela représente une activité à risque sur le plan économique, qui oblige à une mobilisation permanente et à ne négliger aucune voie pour construire et, si possible, pour renforcer ses acquis. Il n'y a derrière tout cela - vous devez bien vous en douter - aucun miracle. Il n'y a pas non plus de diabolique machination.

Nous n'avons aucune intention d'ouvrir ici une guerre de légitimité ou de mérite entre nos choix propres et ceux des organismes qui travaillent à plus petite échelle, en général grâce à des subsides récurrents. Avant de nous faire la leçon sur le plan moral, nous souhaiterions toutefois que vous teniez compte des éléments suivants:

1. La vocation de l'Association contre le cancer dépasse de loin le cadre de l'éducation pour la santé et même celui, pourtant essentiel à nos yeux, de la prévention. L'aide à la recherche médicale, par exemple, à laquelle nous avons réservé jusqu'ici plus de 50 millions FB, s'apparente plutôt à un investissement dans le secteur curatif de demain. L'aide individuelle aux patients défavorisés ou en difficulté matérielle, le soutien financier à de multiples groupes de self-help (plus de 8 millions FB en 1989) et l'octroi de fonds spéciaux aux institutions de cancérologie pédiatrique pour qu'elles assurent des conditions de séjour plus humaines et plus confortables à leurs patients (également plus de 8 millions FB au cours de l'année écoulée) relèvent, eux, de l'action sociale au sens large du terme.

Il va sans dire qu'une redistribution de fonds d'une telle ampleur est impensable sans une politique énergique de développement. Seuls peuvent se livrer à un tour de prestidigitation les organismes «de

- retard mental moyen: est équivalent à la catégorie pédagogique «dressable». Ils peuvent parler, communiquer, n'ont qu'une très faible notion des conventions sociales, ils ont besoin d'assistance intensive.

- retard mental sévère: dans ce home, c'est l'équivalent à un retard mental moyen mais le plus sévère.

Les personnes employées dans ce home sont: les directeurs, les éducateurs, l'assistante sociale, la cuisinière, et une secrétaire.

La vie du home

La plupart des pensionnaires ont un travail dans un atelier protégé, ils réalisent une activité de conditionnement ou de confection, ce travail est rémunéré par un salaire mensuel pour un temps plein. Une partie du salaire est destiné à la gestion du home et l'autre partie est versée sur un compte d'épargne personnel.

Les activités de loisirs présentées sont l'entretien du potager, du jardin, du home; des soins apportés au chien, à l'élevage de poules, canards et chèvres; des promenades, activités sportives.

Toutes ces occupations ont pour buts l'apprentissage et l'intégration dans la vie sociale.

Remarque: le week-end, aucun des pensionnaires ne retourne dans sa famille.

L'action

Avec la directrice, nous avons convenu de 5 entrevues qui se répartissent comme suit:

- 1 entrevue avec comme personnes présentes: la directrice et la diététicienne
- 2 entrevues avec comme personnes présentes: la directrice, la cuisinière et la diététicienne
- 1 entrevue avec comme personnes présentes: tout le personnel d'encadrement et la diététicienne
- 1 entrevue avec comme personnes présentes: le personnel

d'encadrement, les pensionnaires et la diététicienne.

Les trois premières entrevues

Les objectifs spécifiques étaient

- de permettre à la direction du home de situer ses connaissances alimentaires par rapport aux notions de diététique
- d'apporter quelques notions de diététique
- d'apporter des notions de théorie pour l'élaboration qualitative des menus.

Pour l'élaboration qualitative des menus, notre but n'était pas de rendre une liste avec les conseils et les erreurs à ne pas commettre, mais nous voulions que la cuisinière retrouve elle-même les erreurs et les notifie sur une fiche avec ses propres annotations.

Nous avons donc repris deux fois une série de 5 semaines de menus réalisés par la cuisinière. Nous y avons apposé des remarques concernant:

- le choix des aliments
- la fréquence de certains aliments au cours du repas: sur la journée, sur la semaine, sur le mois
- le choix des aliments suivant leur couleur, leur texture
- le choix des aliments dans un repas au point de vue de leur digestibilité
- les aliments oubliés
- les recettes.

Résumé des remarques pour les menus:

- il y avait plusieurs répétitions quant au choix des potages et de la viande (souvent du porc gras: saucisse, hachis),
- souvent 2 à 3 fois des fritures sur la semaine
- les légumes ne sont pas toujours présents
- les garnitures du repas de midi sont souvent des charcuteries grasses.

Résumé des conseils donnés:

- ne pas oublier: le poisson, la volaille, le foie, les oeufs, le riz et les pâtes complètes, les légumes de

saison

- de diminuer progressivement la graisse et le sucre lors de certaines préparations culinaires
- diverses recettes ont été données: pour le repas-tartines, pour les repas du week-end qui sont préparés par les pensionnaires et les éducateurs
- des équivalences pour les lipides, les protéines, le calcium ont également été données
- les propositions énumérées sont:

- * réaliser des menus de saison
- * réaliser des fiches recettes
- * réaliser des fiches conseils pour une bonne élaboration des menus
- * réaliser le prix de revient du repas, de la journée
- * employer des moyens pratiques pour éviter d'oublier certains aliments.

La quatrième entrevue

Les objectifs spécifiques étaient:

- de répondre aux questions posées par tout le personnel d'encadrement
- énoncer quelques notions de l'équilibre alimentaire
- prévoir l'information aux pensionnaires.

La cinquième entrevue

Cette entrevue, destinée aux pensionnaires, n'a pas encore eu lieu au moment où nous rédigeons ces lignes.

Les objectifs spécifiques en sont:

- aborder l'équilibre alimentaire
- et surtout informer les pensionnaires sur leurs grignotages.

Les premières constatations pour ce travail

1° Le simple fait de prévoir le passage d'une diététicienne au sein du home a eu comme effet de peser systématiquement chaque mois les pensionnaires et de leur montrer sur un ordinateur leur courbe de poids.

2° Cette modeste intervention a également été un prétexte de parler de «ce que l'on mange». Par exemple, durant les vacances, le chien a moins mangé: point important pour les

→ pensionnaires, il n'en est pas mort. La cuisinière a diminué les quantités de pommes de terre lors du repas, et l'éducateur essaie de faire appliquer la bienséance, c'est-à-dire que le premier pensionnaire ne se jette pas sur le plat. Résultat: moins de pommes de terre dans l'assiette.

3° Les éducateurs ont proposé aux pensionnaires d'autres boissons pour leur bar: des boissons «light».

4° L'évolution du poids corporel de mars (première rencontre) à octobre (quatrième rencontre).

- sur les 17 hommes, nous avons en mars et en octobre 7 personnes qui présentent un excès pondéral (1) plus ou moins prononcé; lorsque nous regardons l'évolution durant cette période, 5 sur les 7 ont diminué leur excès.

- les 11 femmes accusent toutes un excès pondéral, très prononcé pour quatre d'entre elles; lorsque nous regardons l'évolution durant la période de mars à octobre 1989, nous constatons que toutes ont diminué leur excès de poids.

Tous les résultats obtenus ne sont qu'un début, il faut continuer les actions et les sensibilisations. N'oublions pas que le type de public abordé doit être continuellement stimulé.

Visualiser son poids à l'aide d'une courbe est très important car le poids fluctue énormément d'un mois à l'autre. ■

N. Parzibut-Bravin, Diététicienne à l'I.C.A.N., Section de Huy

(1) Par excès pondéral, on entend un poids supérieur au poids idéal. Il ne s'agit pas nécessairement de cas d'obésité.

«Sida... Tu l'as tu t'en vas!»

La Compagnie du P'tit Thomas (11 profs de morale) n'a rien à vendre! Avec «Sida... tu l'as, tu t'en vas!», vous ne laverez pas plus blanc que blanc et votre vaisselle ne sera pas éclatante mais... vous mettrez de votre côté toutes les chances de passer un moment agréable, de vous poser des questions sur un problème qui ne manque pas d'intérêt et de participer à un jeu où vous gagnerez... le plaisir de défendre vos idées. Il s'agit en fait d'une pièce réalisée selon les principes du théâtre-Forum qui traite d'un événement dramatique.

Une jeune institutrice est séropositive. Son directeur, craignant la rumeur publique plus que le sida, se soucie avant tout de la réputation de l'école et prie Evelyne de rester chez elle jusqu'à ce qu'une décision la concernant soit prise. Des parents d'élèves exigent que la situation se régularise au plus vite. Evelyne, qui s'est toujours consacrée avec amour à l'éducation des petits, désire ardemment reprendre ses fonctions. Aussi met-elle tout en oeuvre pour atteindre cet objectif. Mais, ni ses collègues, ni la déléguée syndicale, ni son médecin ne lui apportent l'aide espérée.

L'échevin de l'Instruction Publique, en accord avec le directeur, choisit de mettre Evelyne «hors circuit»: elle sera désormais affectée au classement des archives de la commune. Repoussée par tous, cloîtrée dans un petit local poussiéreux et sans lumière, Evelyne voit s'anéantir tous ses espoirs de réintégration...

Lorsque ce «modèle» vous aura été présenté, on passera à la seconde partie du spectacle. C'est ici que vous pourrez apprécier les avantages de la technique du Théâtre-Forum. En

effet, un tel étalement de lâcheté et d'injustice ne peut vous laisser indifférent. Mais, soyez rassurés, vous ne risquez pas de rentrer chez vous frustrés de n'avoir pu intervenir. Les acteurs vont rejouer la pièce et, si vous estimez qu'Evelyne ne plaide pas correctement sa cause ou qu'un de ses alliés potentiels ne l'aide pas dans toute la mesure de ses moyens, il vous suffira de lever la main en criant «stop» pour que tout s'arrête jusqu'à ce que vous montiez sur scène. Vous pourrez alors prendre la place d'un acteur et improviser selon l'inspiration du moment en essayant évidemment de faire dévier le cours des événements au mieux des intérêts de l'infortunée institutrice.

Les acteurs resteront fidèles au personnage qu'ils incarnent mais réagiront en fonction de votre argumentation. Quoique sortis de l'imagination de l'auteur, ils n'en sont pas moins des êtres humains avec leurs faiblesses, leurs désirs, leur sensibilité. A vous de trouver la faille de leur cuirasse, de les convaincre, de leur démontrer le bien-fondé de votre opinion et, éventuellement, les erreurs qu'ils commettent. Peut-être arriverez-vous à sauver Evelyne. Et si ce n'est pas le cas, peu importe: votre intervention sera riche d'enseignement pour les acteurs comme pour le public. Cela permettra à tous de réaliser l'impact qu'auraient sur une situation des prises de position autres que celles prévues dans le scénario. ■

Richard Crèvecoeur, A.R.
Ottignies et A.R. Uccle 1

Pour tout renseignement complémentaire, contacter **Richard Crèvecoeur, Champ de l'Hospice, 5, 5980 Grez-Doiceau (Tél.:010/84.00.07)**

A l'occasion de son X^{ème} anniversaire 1979 - 1989,
Le Centre d'Education du Patient ASBL organise un

CONGRES INTERNATIONAL D'EDUCATION DU PATIENT

Les 4, 5, 6 octobre 1990, à Namur, Belgique.

Le congrès "Efficacité de l'Education du Patient" se compose de trois manifestations:

Deux séminaires résidentiels d'échanges et de réflexion:

- Séminaire A : " Formation à l'Education du Patient : l'offre et la demande" (4 et 5/10/90)(Max. 30 personnes)
- Séminaire B : " Adhésion du patient aux prescriptions : Que peut l'Education du Patient ?" (4 et 5/10/90), (Max. 30 personnes)

Le VIIème Colloque du Centre d'Education du Patient

"10 ans d'Education du Patient" (Samedi 6/10/90), Namur
durant lequel se tiendra:

Un "Festival de l'Outil Educatif", audio-visuel et scriptographique

Demande d'information	Mr.A Deccache	"CONGRES 90"
et préservation à renvoyer à :	Centre d'Education du Patient ASBL 1, Av Thérasse Tél: 32-81-42.22.08	5180 YVOIR B-BELGIUM Fax: 32-81-42.25.49
Mr/Mme.....	
Fonction assurée.....Formation.....	
Institution.....	
Adresse.....	
Code postal.....	Téléphone.....	Fax.....
<input type="checkbox"/> Souhaite participer au colloque du 6/10/90 et demande inscriptions.		
<input type="checkbox"/> Souhaite participer au(x) séminaire(s) A B du 4/10/90 et demande son inscription (Sous réserve d'accord)		
<input type="checkbox"/> Est intéressé(e) par le congrès et désire être tenu(e) au courant de son organisation.		
<input type="checkbox"/> Est d'accord de faire connaître le congrès et souhaite recevoir affiches et documents d'information.		
<input type="checkbox"/> Souhaite participer au "festival de l'outil éducatif" et réserve une inscription pour		
VIDEO	DIAPORAMA	BROCHURE AUTRE

N.B : Séminaire résidentiel (2 jours) : Inscription : 800Fb (logement et repas à charge des organisateurs)
Colloque et festival : 1000 Fb (700Fb Abonnés BEP, membres du CIEP, étudiants)
Festival : Participants, par outil présenté: 250 Fb
L'inscription ne sera considérée comme définitive qu'après réception du paiement au compte bancaire
COB 796-5303234-18 du Centre d'Education du Patient, mention "Congrès 90"

→ par le «trop boire». Quelle que soit la catégorie professionnelle ou le niveau hiérarchique, on peut trouver des chiffres de l'ordre de 20% de buveurs excessifs et de 10% d'alcoolodépendants.

Leur entourage au travail croit devoir leur assurer une «couverture amicale» jusqu'à ce qu'il y ait désordre ou problème. Ils se retrouvent alors rejetés et l'on se tourne, trop tard et en dernier recours, vers les spécialistes pour trouver une solution. Celle-ci consiste le plus souvent en une mise à l'écart (congé-maladie, cure de désintoxication, licenciement).

De notre enquête, il ressort bien que, selon la perception du public, les deux conséquences néfastes les plus prévisibles à la consommation abusive d'alcool sont «sociales» plutôt que «médicales»: perte d'emploi, problèmes conjugaux ou relationnels.

Par contre, en ce qui concerne les résultats obtenus en matière de consommation habituelle d'alcool sur le lieu du travail (et en dehors), ceux-ci semblent nettement sous-estimés eu égard aux études existantes en la matière.

L'alcoolisation reste, encore pour beaucoup, connotée moralement comme vice et non comme maladie, d'où la gêne qui entoure le sujet. Celui-ci doit faire l'objet d'une investigation spécifique et discriminante en fonction de chaque entreprise de manière à définir sa «culture» face à l'alcoolisation.

Tabac

La population interrogée comportait 41% de fumeurs, 19% d'ex-fumeurs et 40% de non-fumeurs. 33% des fumeurs fument sur leur lieu de travail (bureau, atelier). Plus de deux tiers de ces personnes sont parfois ou souvent gênés par la fumée de cigarettes sur leur lieu de travail.

Personnes gênées	Fumeurs	Ex-fumeurs et non-fumeurs
OUI 69%	17%	52%
NON 31%	24%	7%

Le pourcentage de fumeurs en Belgique est passé progressivement de 40% en 1982 à 31,2 en 1988. Dans une entreprise, l'évolution est semblable. (10)

Les 5 conséquences du tabagisme les plus souvent citées sont:

cancer:	93%
risques pour la femme enceinte:	63%
infarctus:	51%
problèmes pulmonaires:	45%
accidents:	27%

L'information sur les risques accrus, pour le fumeur, de maladies pulmonaires et cardiovasculaires est bien répandue. Le tabagisme passif est ressenti comme un gêne mais rarement comme un danger réel pour la santé des non-fumeurs.

Le tabagisme sur le lieu du travail reste, malgré de nombreuses campagnes spécifiques et des mesures d'interdiction de fumer dans les lieux accessibles au public, un problème encore ressenti comme préoccupant. L'attitude vis-à-vis du tabagisme diffère d'une entreprise à l'autre, mis à part certaines réglementations de protection contre l'incendie.

Le tabagisme semble constituer un thème de promotion de la santé privilégié puisqu'il est choisi, parmi d'autres, ou spontanément cité par 63% des personnes, la plupart non-fumeurs (?). Les fumeurs, dans leur grande majorité, ont déjà tenté d'arrêter de fumer ou seraient disposés à le faire si une méthode efficace leur était proposée. ■

Références bibliographiques.

- (1) M.P.O'DONNELL: «Design of Workplace Health Promotion Programs» Amer. Journal of Health Promotion» 1986.
- (2) M.M.KRISTEIN: «The Economics of Health Promotion on the Worksite» Health Education Quarterly 9 27/35 1982.
- (3) Dr R.LAURYSSENS: «Programme de Promotion Sanitaire (PPS) au sein de l'entreprise» in Promosafe 4/89.
- (4) «L'homme: un capital pour une meilleure efficacité de l'entreprise» thème d'un congrès organisé par le Journal «Le Monde» novembre 1989.
- (5) M.M.KRISTEIN op. cit. et R.LAURYSSENS op. cit.
- (6) Dr G.VAN HOUTE, Président de l'Association Professionnelle Belge des Médecins du Travail (APBMT): «Médecine du travail: perspectives d'avenir» in Promosafe 5/89.
- (7) R.SAINSAULIEU: «Sociologie de l'organisation et de l'entreprise». Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques et Dalloz 1987.
- (8) R.LAURYSSENS op. cit.
- (9) «La perception des risques par la population belge» AIB (1988).
- (10) Sources: CRIOC et FARES (1989).

M.Vanderschelden, C.Van Pottelsberghe, M.Verlinden,

La suite de cet article paraîtra dans un prochain numéro.

Six raisons pour promouvoir la santé sur le lieu de travail

La promotion de la santé dans l'entreprise est une idée qui s'est répandue depuis plusieurs années déjà aux U.S.A. (1)

Ce développement, considéré au début comme un phénomène de mode, est devenu une part intégrante de la «culture d'entreprise».

Le milieu du travail offre, en effet, des opportunités d'action encore peu exploitées en Belgique. Des programmes P.P.S. (Programme de Promotion de la Santé) réalisés depuis plusieurs années aux USA et plus récemment en Europe ont montré leur pertinence et leur efficacité dans des domaines comme le tabagisme, l'exercice physique, l'alcool, le stress. Un P.P.S. vise à améliorer le bien-être physique, psychique et social de l'individu, avec sa participation, par une éducation globale à la santé ou par la réalisation d'actions spécifiques, adaptées au contexte de l'entreprise.

Si en Belgique, l'idée de mettre en oeuvre un programme de promotion sanitaire à destination du personnel est relativement récente, elle n'en gagne pas moins du terrain. (2)

En voici six raisons:

1. Parce que «les hommes font la différence», la santé physique et psychique du personnel devient une part importante des «ressources humaines». Le personnel était autrefois considéré comme un «outil», la vraie richesse étant le capital ou les matières premières. Aujourd'hui, c'est «l'homme qui est le capital, pour une meilleure efficacité de l'entreprise». (3)

2. L'investissement grandissant accordé par les entreprises à la formation en cours d'emploi de leur personnel doit être rentabilisé. Les programmes de promotion de la santé ont démontré leur impact sur l'absentéisme, la réduction des accidents, la productivité, la motivation. (4) Un employé «en santé» est un travailleur plus heureux et plus efficace!

3. Les contraintes économiques (liées au vieillissement de la population et au coût élevé des prestations techniques médicales) ainsi que la recherche d'efficacité sanitaire pour le plus grand nombre, conduisent à vouloir privilégier une approche préventive de la santé: dépistage, prévention primaire de groupes à risque, information générale...

Le milieu de travail, où l'on occupe au moins un tiers de son temps, offre des opportunités pour des actions de prévention à destination de la population active et de sa famille.

4. L'évolution rapide des modes de production et de management provoquent conjointement de nouvelles orientations en matière de médecine du travail: évolution de la nature des risques (la surcharge mentale a pris le relais de la surcharge physique), évolution des moyens de dépistage, approche plus globale de la santé et du bien-être de l'homme au travail dans le cadre d'une «gestion des ressources humaines» de l'entreprise.

Le médecin du travail est, et restera, le garant et le gestionnaire du

«capital-santé» qui lui est confié mais devra s'entourer des collaborateurs nécessaires pour la mise en oeuvre d'actions garantissant l'intégrité de la santé des travailleurs. (5)

5. Depuis quelques années, on constate une évolution des affections liées (directement et indirectement) aux conditions du travail (6):

* sédentarité: activité physique trop réduite, tant au cours de l'activité professionnelle qu'en dehors, ce qui entraîne des problèmes tels l'excès de poids, des problèmes cardiovasculaires, des problèmes dorsaux, etc...

* diminution du temps de travail qui s'accompagne bien souvent d'une augmentation du rythme, d'où le stress et ses réactions négatives possibles: maux de tête, problèmes intestinaux, HTA...

Un programme de promotion de la santé est un complément logique de la politique en matière de sécurité et d'hygiène qui tente, grâce à une surveillance médicale, un contrôle des conditions de travail et une politique préventive, de prévenir les maladies professionnelles et les accidents du travail.

6. Enfin, le concept de «culture d'entreprise», utilisé aujourd'hui comme une méthode pour mobiliser les ressources humaines autour d'un projet commun, est basé sur le postulat qu'une entreprise, en tant qu'organisation, instaure un ensemble de relations, de groupes, de pouvoirs et de réseaux informels qui sont à l'origine de constants processus d'apprentissage culturel sur les lieux mêmes du travail.

«Le bien-être de l'homme au travail», en ce compris sa santé, pourrait devenir un «projet d'action suffisamment explicite et mobilisateur» auquel chacun peut adhérer, prôné par les spécialistes de la culture d'entreprise. (7)

→ Pour l'éducateur, connaître et comprendre les attitudes du public-cible: l'homme/la femme au travail face aux risques de santé et de sécurité apporte les éléments indispensables quant aux choix de solutions et quant à la méthodologie à utiliser. Durant l'année 1989, l'équipe de Ressources-Santé a réalisé une enquête auprès d'une centaine de travailleurs sur les problèmes de santé ressentis sur le lieu du travail. Elle a eu, conjointement, de nombreux contacts avec des responsables du milieu du travail.

Risques

En sachant que la perception des risques est, le plus souvent, le résultat d'un jugement intuitif et ne repose pas sur une analyse quantitative du ou des risques objectivement les plus importants, nous nous sommes intéressés à identifier parmi le personnel les «risques ressentis».

A la question: «dans votre travail, pensez-vous qu'il y a des risques pour votre santé, pour votre sécurité?» 64% des personnes répondent oui, contre 33% non et 3% de non-réponses.

Chez ceux-ci, les 5 risques le plus souvent mentionnés (dans une liste non exhaustive de 18) sont:

- Stress: 38%
- Manipulation de poids lourds: 19%
- Bruit: 19%
- Rythme de travail: 18%
- Posture de travail: 13%

Il est intéressant de mentionner que la plupart des travailleurs interrogés ne sont pas objectivement soumis à des risques tels que ceux définis par la législation en la matière. Il est patent que l'origine du risque depuis quelques années est en train de se déplacer d'une «surcharge physique» (manipulation de poids lourds, utilisation d'outils ou de machines dangereuses) vers ce que les spécialistes appellent la «surcharge mentale» (8).

Le stress, vocable à la mode, semble représenter aux yeux du public ce changement dans les conditions objectives et subjectives de travail.

Nous y reviendrons.

La taille très limitée de l'échantillon de notre enquête (100) et le fait que celui-ci comporte un pourcentage relativement important de personnel hospitalier (19%) pourrait rendre compte du choix de certains risques perçus comme importants (manipulations par exemple). Il ne nous est permis dès lors que

%	Dans la circulation	Au travail	A la maison
1er lieu	81	16	2
2ème lieu	18	59	23
3ème lieu	1	24	74
Sans opinion	-	1	1
Total	100	100	100
Rang moyen	1.2	2.1	2.7

(1= le plus de risque; 3= le moins de risque).

Dans ce contexte, pour la population active, le principal lieu de risque est la circulation. Le lieu de travail n'est pas considéré comme un endroit à haut risque. La

d'émettre quelques hypothèses de travail et d'envisager quelques thèmes d'action.

Dans une étude récente (1988), beaucoup plus exhaustive que la nôtre, sur la perception des risques par la population belge (9), à la question: «Selon vous, où courez-vous le plus de risques?», les pourcentages se répartissent comme suit:

maison y est synonyme de sécurité.

En chiffres absolus, le nombre de victimes d'accident du travail diminue en effet systématiquement.

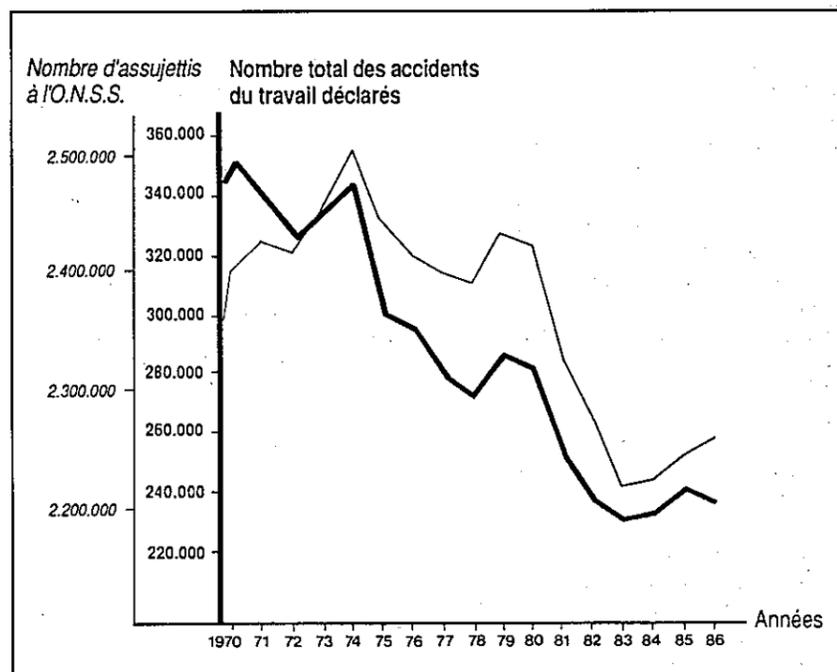


Tableau 2 - Source AIB 1988 (9)

Ces chiffres absolus doivent être examinés en tenant compte de l'évolution des conditions de travail, en particulier:

- la baisse constante du nombre de travailleurs (2.256.300 travailleurs assujettis à l'ONSS en 1986 contre 2.402.000 en 1970);
- la diminution du temps de travail;
- l'accroissement du nombre d'employés par rapport aux ouvriers.

L'origine du risque se modifie. Notre attention d'éducateur doit être attirée par la «tertiarisation» de la population active et par les changements intervenant dans les conditions du travail et de vie.

La durée totale du travail diminuant, le temps de travail restant est occupé par une deuxième occupation, le temps de déplacement, les loisirs.

Les nombreux risques qualifiés de professionnels (les agents chimiques, les radiations ionisantes, le bruit) se trouvent complétés par une série de facteurs de risque nouveaux qu'il est difficile, à l'heure actuelle de quantifier (sédentarité et problèmes dorsaux, obésité).

Par ailleurs, une enquête (couvrant 80 pays) menée en 1987 par l'Association Internationale de Sécurité Sociale (AISS) a montré que sur 15 accidents mortels, il y a en moyenne:

- un accident du travail;
- six accidents de la route;
- huit accidents de la vie privée.

En ce qui concerne la prévention des accidents domestiques, de sérieux efforts restent encore à fournir.

Stress

Le stress au travail semble représenter un problème sans cesse grandissant pour les entreprises et les agents de santé du terrain. Dans notre enquête concernant les problèmes de santé ressentis sur le lieu du travail, le stress intervient pour une bonne part.

80% des personnes interrogées se reconnaissent souvent stressées dans

le cadre de leur travail et attribuent ce stress au rythme de travail exigé.

Les nouveaux modes de travail ont une influence relativement importante sur la modification des risques liés à la santé. D'une part positive, par la réduction des travaux lourds par exemple, mais négative quand ils impliquent un stress dû aux exigences de qualité et de délais avec un personnel limité.

Les récents changements dans les méthodes de management induisent un degré d'engagement de la part de tout le personnel et une imprévisibilité à tous niveaux qui seraient générateurs de stress.

Une étude émanant de l'OIT en 1988 indique que le stress est en progression dans les entreprises et qu'il touche particulièrement le personnel subalterne. Aux USA, toujours selon cette étude, le stress atteindrait 14% des plaintes en dédommagement pour maladies professionnelles («A l'avant plan des préoccupations et interventions du médecin du travail se trouve le stress psycho-social, même si ce risque ne figure pas à l'annexe 2 du RGPT, Règlement Général à la Protection du Travail» Dr Van Houte op.cit. Promosafe).

Il est évident que le stress sur le lieu de travail ne date pas d'hier, il a simplement changé de nature (plus psychique que physique). Vivre sans stress est impossible. Le stress psycho-social exprime la réaction de l'homme au travail pour trouver une réponse adéquate à une perturbation subie (surcroît de travail, modifications des conditions de travail, insécurité de l'emploi).

Chacun réagit selon sa personnalité et selon les opportunités de solutions qui lui sont offertes. Le stress provoque une efficacité maximale de tous les organes en éveil. Certaines personnes peuvent réagir au stress par des maux de tête, des troubles cardiovasculaires, des troubles intestinaux, etc...

Le stress n'est évidemment pas le seul facteur responsable. De nombreuses autres causes connexes

sont à mettre en avant; tels que l'hygiène de vie: tabac, excès alimentaires, sédentarité. Les facteurs héréditaires jouent également un rôle important.

En ce domaine, donc, point de remède miracle, même si certaines entreprises proposent des «ateliers de gestion du stress» à leur personnel. Il convient d'apprendre en premier lieu à respecter l'organisme, en étant à l'écoute des signes d'alerte qu'il nous envoie. Les méthodes de relaxation sont souvent conseillées, à juste titre. Ces pratiques représentent des «fenêtres ouvertes», un temps de pause au milieu de conditions de travail au rythme souvent trop rapide.

Alcool

L'alcoolisation en milieu de travail est, tout à la fois un problème incontournable et difficile à aborder.



Dans le cadre de notre enquête, 67% répondent qu'il n'y a pas de problème lié à la consommation abusive d'alcool dans leur entreprise tandis que 28% ne se prononcent pas.

Dans un milieu où la détention et la consommation d'alcool est officiellement proscrite (art. 99 du RGPT) mais où les circonstances et traditions de consommation ne manquent pas (promotions, départs et arrivées, banquets et déjeuners d'affaires) et où les sollicitations et l'entraînement sont souvent de règle, l'approche du problème par les agents de santé doit se faire, plus que dans d'autres domaines, de manière prudente et stratégique.

Selon certaines études, jusqu'à un tiers des effectifs seraient concernés →