

Travail social

Charleroi

5 octobre 1992

L'analyse transactionnelle en travail social: séance d'information concernant la formation organisée par l'Ecole des Parents et des Educateurs, répartie sur 2 années académiques à raison de 2 jours par mois.

Renseignements: E.P.E., 071/31.47.21 (mardi et jeudi de 8h30 à 15h30 et mercredi de 9 à 12h).

Cancer

12-17 octobre 1992

Semaine européenne contre le cancer. Thème: "Prévention du cancer et promotion de la santé sur les lieux de travail".

Soins palliatifs

Archennes (Wavre)

**13 et 27 octobre,
10 et 17 novembre 1992**

L'asbl Domus organise une formation à l'accompagnement des personnes en fin de vie, pour les soignants et les volontaires.

Renseignements: M.P. Mandy (010/86.70.08) et secrétariat Domus (010/86.15.55) du lundi au vendredi de 9 à 13h.

Service de santé

Bruxelles

**16-17 octobre,
15-16 novembre 1992**

"La relation, un outil de soin": séminaire de 4 jours (1ère série) consacré à la gestion des processus de communica-

tion en milieu hospitalier. Public-cible: cadres hospitaliers et personnel soignant.

Lieu: Ecole de Santé Publique, Campus Erasme ULB, 1070 Bruxelles. Prix: 9.200 francs pour les 4 jours formant un tout.

Renseignements: Mme Bastien de 9 à 11 heures au 084/31.21.83, Mme Schumacher sur répondeur au 084/31.43.53.

Service de santé

Bruxelles

**17-18 octobre,
8-9 décembre 1992**

"La relation, un outil de soin": séminaire de 4 jours (2ème série) consacré à la gestion des processus de communication en milieu hospitalier. Public-cible: cadres hospitaliers et personnel soignant.

Lieu: Ecole de Santé Publique, Campus Erasme ULB, 1070 Bruxelles. Prix: 9.200 francs pour les 4 jours formant un tout.

Renseignements: Mme Bastien de 9 à 11 heures au 084/31.21.83, Mme Schumacher sur répondeur au 084/31.43.53.

Santé

Montignies-sur-Sambre

20 octobre 1992

Conférence tout public sur le thème de la fatigue, organisée par l'Echevin de la Santé de la ville de Charleroi Aimée Biernaux et par l'Union des anciens étudiants de l'ULB. Lieu: Espace Santé, avenue de la crèche 13, 6061 Montignies-sur-Sambre.

Renseignements: Espace Santé, 071/27.98.11.

Obésité

Liège

22 octobre 1992

Table ronde et débat tout public sur le thème "Kilos en moins... bien-être en plus?". Lieu: Salle du Barbou, quai du Barbou 2, 4020 Liège (à 19h30).

Renseignements: Service Promotion de la Santé, Bureau "Liège Santé", quai du Barbou 4, 4020 Liège, tél. 014/44.79.00, fax 041/44.77.02.

Soins à domicile

Bruxelles

31 octobre 1992

Soins et aide à domicile - Le pari de l'autonomie; colloque organisé par l'asbl Permanence Soins à Domicile (PSD), avec le soutien de la Croix Jaune et Blanche et de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes

Secrétariat du colloque: Anne Joppart, 02/237.44.63.

Soins à domicile

Mons

9-10 novembre 1992

Perfectionnement en gérontologie. Maintien à domicile et qualité de vie. Intervenants: G. Lemaire, directeur à la Croix Jaune et Blanche, A. Schiffino-Leclercq, responsable soins à domicile Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, M. Bogaert, responsable de "Namur Assistance".

Lieu: Université de Mons-Hainaut, Cité Universitaire, rue de la Grande Triperie 30-34, 7000 Mons (de 9 à 17 heures).

Renseignements et inscriptions: Centre de perfectionnement et de recherche et travail social, rue du Gouvernement 50, 7000 Mons, tél. 065/33.56.86.

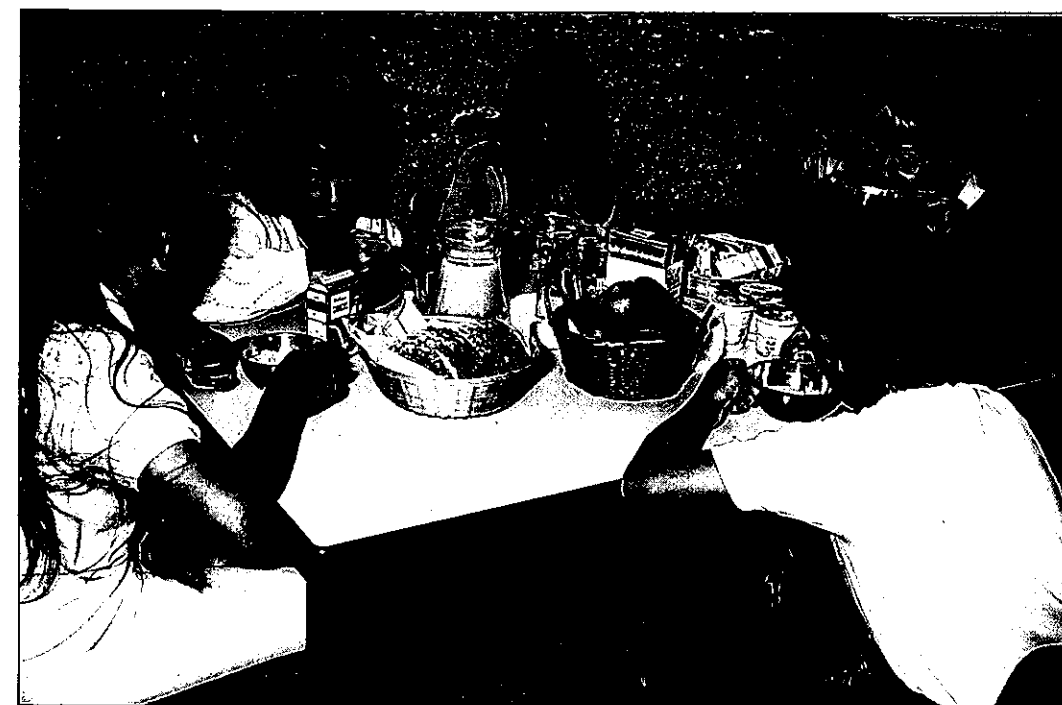
Assuétudes

16-22 novembre 1992

Semaine européenne de la prévention de la drogue.

EDUCATION SANTÉ

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



Petit Déjeuner Malin 92-93 p.11

Stratégie

Le REFIPS, vous connaissez?
par Pierre Anselme, p. 3

Réflexions

Le sommeil raconté par les enfants,
par Jean-Luc Collignon, Jacqueline Delville
et Michel Mercier, p. 7

Initiatives

La dépression n'est pas une fatalité,
par Serge Faelli et collaborateurs, p. 14

Lu pour vous

L'obsession de la minceur, p. 39

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.



Et notre supplément
"Home Sweet Home?",
la prévention des chutes chez les
personnes âgées

Sous le signe de la diversité

Tout d'abord un grand merci à tous ceux qui nous ont transmis leurs encouragements pour le numéro de rentrée consacré au Réseau Actions Sécurité. Cela nous a fait bien plaisir. Nous tenons à souligner ici l'excellent travail de Martine Bantuelle, la directrice d'Educa-Santé et principale animatrice du RAS, sans qui nous n'aurions pu réaliser cette publication.

L'expérience a donc été positive, et nous pensons remettre ça prochainement sur un autre sujet. Vous en saurez plus très bientôt!

En attendant, nous ne quittons pas tout à fait le domaine des accidents domestiques, puisque le supplément de ce mois-ci, "Home Sweet Home?", est consacré à la prévention des chutes chez les personnes âgées. Il s'agit du quatrième "Outil" publié par Education Santé, après "Grain de sable" (le sommeil des enfants), "Je veille à la santé de mes dents" et "La pharmacie familiale". Il est le fruit du travail d'Infor Santé Nivelles et de l'Union Chrétienne des Pensionnés du Brabant Wallon, deux nouveaux partenaires du Réseau.

Pour le reste, le hasard veut que nous reparlions du projet "Grain de sable", les Facultés Notre-Dame de la Paix ayant réalisé une enquête auprès des écoliers eux-mêmes pour mieux comprendre le sommeil des enfants d'école primaire. Nous vous en présentons les principaux résultats.

De son côté, Pierre Anselme, la cheville ouvrière du Réseau Francophone International pour la Promotion de la Santé dans notre communauté, vous informe des récents développements du REFIPS (c'est comme ça qu'on l'appelle, à votre santé!) et vous invite même à en faire partie.

Les "Petits Déjeuners Malins" prennent cette année une nouvelle dimension avec l'extension de cette sympathique initiative en Flandre, sous le nom croquant comme une céréale de "Snugger Ontbijt". Robert Bontemps et Margiet Rosier vous en disent plus.

Education Santé n'aborde pas souvent les problèmes spécifiques de l'éducation pour la santé en santé mentale. Lacune en partie comblée avec "La dépression n'est pas une fatalité", relation détaillée d'une initiative louviroise face à l'exclusion sociale.

Grosse rubrique "Prévention sida" également, l'Agence Prévention Sida lançant à l'occasion de la rentrée scolaire 92-93 un ambitieux coffret pédagogique regroupant d'une façon cohérente matériels connus et documents inédits.

Bonne lecture.

Christian De Bock, rédacteur en chef

Réalisation et diffusion: Infor Santé, Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes.

Rédacteur en chef: Christian De Bock.

Conseiller de la rédaction: Jacques Henkinbrant.

Secrétaire de rédaction: Bernadette Taeymans.

Secrétaire de rédaction adjoint: Roger Swinnen.

Rédaction, documentation, abonnements: Maryse Van Audenhaege.

Comité de rédaction: Pierre Anselme, Martine Bantuelle, Christian De Bock, Alain Deccache, Michel Demarteau, Jacques Henkinbrant, Roger Lonfils, Vincent Magos, Roger Swinnen, Thierry Poucet, Marianne Prévost, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Eric Vandersteenen.

Editeur responsable: Jean Hallet.

Maquette: Philippe Maréchal.

Composition, photogravure et impression: Economat ANMC.

Tirage: 2.300 exemplaires.

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.

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

Pour tous renseignements complémentaires: Education Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles. Tél.: 02/237.48.53. Fax: 02/237.33.00 (indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire).

On collaboré à ce numéro: Pierre Anselme, Robert Bontemps, Jean-Luc Collignon, Jacqueline Delville, S. Faelli, Sophie Fiévet, M.-C. Guns, S. Hoeffelman, Eric Jauniaux, Yvon Kenis, Raphaëlle Kerstenne, Jean-Claude Lesuisse, Michel Mercier, N. Pierrard, Margiet Rosier.

Livres

Les documents renseignés dans cette rubrique peuvent être consultés au centre de documentation d'Infor Santé, rue de la Loi 121 (3ème étage), 1040 Bruxelles. Le centre est ouvert le lundi, mardi, jeudi et vendredi uniquement sur rendez-vous pris au 02/237.48.53.

ACCIDENT DOMESTIQUE

RAS. Semaines de sécurité 1989-1990. Evaluation de la participation des relais de la communauté locale, Educa-Santé, Charleroi, 1992, (Réseau Actions Sécurité - Evaluer), 20p., 60FB, acd16

RAS. Semaines de sécurité 1989-1990. Expériences et représentations de l'accident et de la prévention, Educa-Santé, Charleroi, 1992, (Réseau Actions Sécurité - Evaluer), 20p., 60FB, acd17

RAS. Semaines de sécurité 1991. Evaluation de la participation des écoles, Educa-Santé, Charleroi, 1992, (Réseau Actions Sécurité - Evaluer), 11p., 40FB, acd18

RAS. Accidents domestiques. La situation épidémiologique en Belgique, Educa-Santé / ULB Promes, Charleroi / Bruxelles, 1992, (Réseau Actions Sécurité - Connaître), Santé Pluriel, n°7/8, 47p., 250FB, acd19

RAS. Semaines de sécurité 1991. Expérience vécue pendant la visite de la Maison Géante, Educa-Santé, Charleroi, 1992, (Réseau Actions Sécurité - Evaluer), 16p., 50FB, acd20

ALIMENT

Table belge de composition des aliments, NUBEL asbl, Bruxelles, 1992, 543p., 485FB, ala17

MAILLAT J., WARGNIER H., Le mythe de l'allégé. Les fausses promesses des produits light, Paris, Ed. Albin Michel, 1991, 290p., 110FF, ala18

CANCER

Cancer en Belgique. 1987-1989, Registre National du Cancer, Bruxelles, 1991, 35p., pca27

Enquête sur le dépistage du cancer du sein. 1ers résultats d'une enquête (...) Octobre-décembre 1991, Projet Bruxellois de Dépistage du Cancer du Sein, Bruxelles, 1992, enquête, pca28

EDUCATION POUR LA SANTE

Guide pour une demande de subvention, APES / Education Santé / Cellule Permanente Education pour la Santé CFB, Bruxelles, 1992, 8p., eps47

BERGHMANS L., LEVEQUE A., DEVILLE L., et al., Promo Santé 2000. Offre et be-

soins en promotion de la santé en CFB. Vol.III Description de l'offre et des services en ES en CFB., ULB Promes / UCL RESO, Bruxelles, 1992, 170p., rapport, eps48

EDUCATION SEXUELLE

Sentiments, sexualité, sida. 60 questions-réponses pour les garçons et les filles de 13 à 15 ans., Paris, O.E.I.L., 1990, (Ecole de la vie et de l'amour), 74p., 40FF, sex06

ENFANT

QUERSIN C., Comment élever un enfant allergique, Bruxelles, Ed. Vander, 1991, (Savoir), 195p., 490FB, pat54

EXERCICE PHYSIQUE

Les pratiques sportives des jeunes en Communauté française de Belgique, Ministère de la Culture et des Affaires Sociales/ADEPS, Bruxelles, 1991, Sport, n°4, 16p., tiré à part, aph25

FEMME

DEFLANDRE A., DELVAUX C., Guide santé de la femme, Bruxelles, Femmes d'Aujourd'hui, 1992, 64p., brochure, vif17

HYGIENE BUCCO-DENTAIRE

GREINDL I., ill. KROLL, Vos dents et vous, Bruxelles, Ed. Vander, 1991, (Savoir), 158p., 690FB, hyb11

IMMIGRATION

Islam et sexualité, CEDIF, Bruxelles, 1992, (En Question), 63p., 150FB, imm10

MALADIE CARDIO-VASCULAIRE

KORNITZER M., BROHET C., RORIVE G., Prévention cardio-vasculaire. Recherche d'un consensus interuniversitaire, Conseil Communautaire Consultatif de la Prévention pour la santé CFB, Bruxelles, 1992, 68p., pco21

MALADIE RESPIRATOIRE

PAUPE J., Comment vivre avec un enfant asthmatique, Paris, Ed. J. Lyon, 1991, (Comment vivre avec), 156p., 490FB, par08

MEDICAMENT

Le métabolisme social du médicament, Paris, Revue Agora, n°20, 1992, 149p., 70FF, revue, med54

POLITIQUE DE SANTE

COURTOIS C., Comprendre l'économie de la santé, Institut Belge de l'Economie de la Santé, Bruxelles, 1992, 48p., 20CFB, pol140

REGIME

DESSUREAULT L., DAIGNEAULT D., L'obsession de la minceur. Un guide d'intervention, Centre des Femmes de Verdun, Verdun (Québec), 1991, 158p., alr33

SANTE

Santé. Un guide pour nous aider à agir ensemble, Société Scientifique des Médecins Néerlandophones, 32p., brochure, san91

LEFEVRE M.-R., ERLINGER M.-C., ill. THEINHARDT V., Les petits mots du corps, Paris, Ed. Hatier, 1991, (Grain de sel), 78p., san92

TAFFOREAU J., VAN OYEN H., DEMOULIN P., et al., Statistiques de décès en Communauté française pour l'année 1987, Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie - Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique, Bruxelles, 1992, 174p., statistiques, san93

SANTE MENTALE

VERHAEGEN L., Perspectives de la politique bruxelloise de santé mentale, Commission Communautaire Commune Bruxelles Capitale / Ligue bruxelloise francophone de Santé Mentale, Bruxelles, 1991, 200FB, étude, pam26

SERVICE DE SANTE

Recherche en soins infirmiers, GRASI, Bruxelles, n°9, 04/92, 196p., 350FB, revue, ssa55

TABAGISME

AMOS A., BOSTOCK Y., et al., Putting women in the picture. Cigarette advertising policy and coverage of smoking and health in womens magazines in Europe, British Medical Association / Health Education Authority / Health Education Board for Scotland, Nottingham (GB), 1992, 68p., brochure, ast45

Besançon non fumeur. Défi 92 - Rapport d'activités 1990, Service p Hygiène Santé Ville de Besançon/Mutualité du Doubs/ APPA Franche Comté, Besançon (F), 1991, rapport, ast 46

Les non-fumeurs paient moins : le marché de l'assurance, BASP, Bruxelles, 1992, ast47

Travailler sans tabac, c'est mieux, BASP, Bruxelles, 1992, brochure, ast48

La santé en vidéo

Vous avez sûrement eu l'occasion de voir l'un ou l'autre sujet santé présenté par le Docteur Karin Rondia le dimanche soir pendant le journal télévisé de la RTBF. J'ai souvent eu envie de vous dire tout le bien que je pensais de sa façon de présenter clairement des problèmes de santé parfois difficiles à expliquer. L'édition en vidéocassette de 16 de ses séquences m'en offre l'opportunité.

Les 16 sujets

Allergie alimentaire du bébé
Cataracte
Cholestérol et alimentation
Diabète
Enfants trop gros
Troubles intestinaux
Maux de tête
Ostéoporose
Prostate
Insuffisance respiratoire
Ronflement
Sinusite chronique
Strabisme chez l'enfant
Tension artérielle
Varices

A première vue, cela a l'air tout simple: un sujet bien délimité, une durée brève (de 3'30 à 5'), des témoignages de patients, de courtes interviews de spécialistes, et Karin Rondia pour renforcer le message avec son sens de la communication, son visage expressif et ses mains qui parlent autant que sa bouche.

Le résultat est probablement efficace quant à la transmission de connaissances santé dans un contexte particulier, le but premier du JT

n'étant évidemment pas de faire de la vulgarisation médicale. Il est exemplaire sur le plan de l'éthique de la communication dans le domaine de la santé.

Il s'agit bien ici de médecine au quotidien, aux antipodes du sensationnalisme ou des shows de haute technicité que nous valent nombre d'émissions médicales. Le patient est au centre du débat, il reçoit les éléments lui permettant le cas échéant de dialoguer de façon plus riche avec son médecin. "Je n'ai jamais voulu dire aux téléspectateurs "Faites ceci" ou "Faites cela"; mon but est plutôt de donner l'information de base, de telle sorte qu'ils puissent prendre eux-mêmes leurs décisions" déclare Karin Rondia. Mission accomplie.

Bref, dommage que ces courtes et instructives séquences n'aient duré qu'une saison!

Deux petites réserves toutefois: la jaquette est franchement laide, et le prix de 895 FB excessif pour une cassette qu'on ne visionnera pas des dizaines de fois...

Santé Docteur Karin Rondia, réalisation de Jean-Charles Lami, commentaires de Karin Rondia, durée de 70', production RTBF Vidéo avec la participation de Libelle/Femmes d'Aujourd'hui. Location interdite. En vente au prix de 895 FB à verser au compte 001-1804750-44.

Les chemins de l'autonomie

Ce film repose sur une série de témoignages de futurs parents et de parents. Une gynécologue dialogue avec une psychologue autour des questions que se posent les couples en attente d'un enfant.

L'objectif principal de ce film est de faire sentir à chaque spectateur (trice) les émotions que ressentent

les futurs parents en imaginant leur enfant et celles qu'ils sont amenés à vivre après avoir fait connaissance de leur bébé.

Il est destiné à un public large tant d'adultes que d'adolescents dont l'avenir va aussi comporter une fonction parentale.

Les différentes perceptions qu'évoquent les personnes interrogées correspondent à un travail psychologique qui accompagne de manière plus ou moins consciente la venue au monde d'un enfant. En abordant à travers des récits personnels les grandes questions et les angoisses que véhicule la parentalité, ce film devrait permettre à tout un chacun de se les révéler intérieurement et parfois, lorsqu'il est accompagné d'une animation, de les exprimer.

Ce film veut aussi mettre en évidence, le fait que, quelle que soit l'appartenance sociale, les futurs parents se posent le même genre de questions et élaborent éventuellement des réponses semblables.

A la vision de ce vidéogramme, on apprécie la manière dont les émotions sont exprimées: simplicité, intensité et authenticité sont les maîtres-mots. Cela touche et cela parle. Pour chaque parent, la venue de l'enfant provoque une crise; c'est la relation qu'il faut apprendre, apprendre à se comprendre, apprendre à se parler.

Sur base des expériences d'animations avec ce document vidéo, il serait intéressant d'évaluer si l'objectif souhaité - permettre à chacun de se révéler ses émotions et parfois de les exprimer - est atteint quel que soit le public. Le langage est parfois un peu difficile et tout le monde n'est peut-être pas prêt à prendre contact avec ses émotions.

Les chemins de l'autonomie, vidéogramme réalisé par Jacques Borzykowski pour le Centre Vidéo de Bruxelles en co-production avec le FRAJE, vidéo Bétacam, 25 minutes, 1992.

Pour tout renseignement: Fraje, avenue Louise 166, 1050 Bruxelles, Tél: 02/644.01.34 ou 643.02.11. Centre Vidéo de Bruxelles, rue Royale Sainte Marie 113, 1030 Bruxelles, Tél: 02/216.80.39.

Où en est le REFIPS?



Développement du Réseau Francophone International pour la Promotion de la Santé

Historique

En 1988 déjà, lors d'un congrès organisé à Mons, avait émergé l'idée de créer un réseau francophone international de promotion de la santé. Désirant passer de l'idée à sa concrétisation, nos amis québécois mettaient le sujet à l'ordre du jour d'un colloque international, à Montréal, en octobre 1991: "Promouvoir la santé en francophonie - Au delà des cultures, des outils à partager". Cette volonté se basait sur divers arguments:

- l'émergence de la promotion de la santé comme préoccupation majeure depuis la dernière décennie;
- la nécessité d'apporter un soutien à des organismes de promotion de la santé implantés dans des régions moins bien nanties; sans vouloir s'y substituer, mais en jouant auprès d'elles un rôle de liaison;
- les relations entre francophones, sur le plan international, sont généralement bilatérales ou le fait de petits réseaux informels. Elles ne touchent que certaines catégories de personnes ou des thématiques bien spécifiques. Cette carence de canaux de communication francophones en matière de santé contraste avec l'existence de ceux fonctionnant dans les domaines culturel et économique. Or, ces derniers prouvent la réalité de la francophonie comme instrument de rapprochement;
- enfin, l'intérêt et les besoins manifestés lors de contacts établis par les promoteurs du Réseau auprès de plusieurs milieux.

Suite à cette première réunion de mise en place, nous vous informons du démarrage du Réseau par un article paru dans le numéro 63 d'Education Santé (décembre 1991). Nous y signalons que des données plus précises et des principes plus élaborés vous seraient exposés dans la foulée d'une rencontre entre les représentants des

différents pays partenaires. Elle a eu lieu à Sousse, en Tunisie, au mois d'avril 1992, lors du IVème Congrès International de Médecine Communautaire. De retour de cette rencontre, il nous était nécessaire de patienter encore un peu: le temps de recevoir sous leur forme définitive les documents relatant les discussions et les propositions émises et de les soumettre à la réflexion, notamment auprès de la Direction Générale de la Santé du Ministère de la Communauté française.

Il est temps de vous confier ces informations. En effet, si certaines orientations ont déjà été définies, il reste des choix à poser et ceux-ci dépendront aussi de l'intérêt que vous manifesterez à l'avenir pour ce Réseau, que ce soit par votre participation ou en nous communiquant vos remarques et suggestions.

QUELQUES DONNÉES STATUTAIRES: NOM, OBJET, OBJECTIFS

Le nom définitivement choisi est Réseau Francophone International pour la Promotion de la Santé, en abrégé: REFIPS. C'est un groupement sans but lucratif, constitué de personnes et d'organisations ayant le français comme langue de communication, qui s'associent pour élaborer, partager et mettre en oeuvre des stratégies, des expériences et des connaissances pour la promotion de la santé de la population dans leur pays respectif.

L'objet du REFIPS est défini comme suit:

"L'association a pour objet de constituer au sein de la francophonie un réseau interdisciplinaire de communication, d'échanges, d'entraide et de développement des connaissances, en vue de fournir aux personnes et organismes oeuvrant en promotion de la santé des moyens de promouvoir

efficacement la santé des populations des pays participants, en concertation avec les organismes locaux, régionaux, nationaux et internationaux intéressés aux mêmes fins".

Quant aux objectifs, ils sont formulés de la manière suivante:

- "Etablir un réseau de communication, d'échanges, d'entraide et de coopération interdisciplinaire permanent entre francophones intéressés en promotion de la santé et touchant, entre autres domaines, la production d'outils de promotion, la réalisation d'expériences communes, la formation, la recherche, la documentation et l'évaluation.
- Unir les forces francophones oeuvrant en promotion de la santé, de façon à renforcer leur influence auprès des autres organisations internationales ou manifestations internationales."

UNE DÉFINITION DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

L'accord de base sur les objets et objectifs nécessitait d'être complété par un consensus à propos du concept de promotion de la santé. C'est la définition qu'en donne la charte d'Ottawa qui, au moins dans un premier temps, a été retenue. Pour rappel, cette charte a été établie suite à la première Conférence Internationale pour la Promotion de la Santé, réunie à Ottawa en novembre 1986. D'après cette définition la démarche de promotion de la santé s'articule sur 5 axes d'intervention que nous résumerons ici (1):

- 1° L'élaboration d'une politique publique saine: celle-ci doit être le fait des responsables politiques des divers secteurs et combiner des méthodes différentes, mais complémentaires.
- 2° La création de milieux favorables: par une approche socio-écologique de la santé visant la conservation des ressources naturelles et favorisant des conditions de vie et de travail sûres, stimulantes et plaisantes.
- 3° Le renforcement de l'action communautaire: pour assurer la participation effective de la communauté à la prise en charge des questions sanitaires et à leur

(1) Il vous est possible d'obtenir une copie du texte de cette charte auprès du Centre de Coopération Communautaire.

contrôle, ce qui suppose un accès aux informations nécessaires.

4° Le soutien à l'acquisition des aptitudes individuelles: par une démarche d'éducation pour la santé.

5° La réorientation des services de santé: au-delà des prestations des soins médicaux, ce secteur doit plaider pour une politique sanitaire multisectorielle et soutenir les individus et les groupes dans l'expression de leurs besoins ainsi que dans l'adoption de modes de vie sains. L'organisation des services de santé devrait donc être recentrée sur l'ensemble des besoins de l'individu perçu globalement.

LE FONCTIONNEMENT

Le groupe de travail réuni à Sousse en avril dernier, sur base d'un document préparé par les représentants québécois, a élaboré un projet de statuts ainsi qu'un règlement interne. Ces deux documents ne peuvent être reproduits ici in-extenso. Par contre, ils seront transmis à tous ceux qui désirent se faire membre du REFIPS. Suite aux remarques qu'ils engendreront, ils seront remaniés lors d'une réunion des représentants des différents pays qui devrait se tenir en mai ou juin 1993, en Communauté française de Belgique. Le texte ainsi modifié sera alors soumis à une assemblée générale qui aura lieu en France, dans la région Nord-Pas de Calais, en juin 1994.

En attendant cette date, le REFIPS ne sera pas pour autant au repos. Au contraire, ce sont ses activités concrètes et l'intérêt qu'il suscitera qui justifieront la part d'investissement qui pourra lui être accordée. Le mode de fonctionnement actuel, même s'il est susceptible de changement à terme, est donc nécessaire et nous en retracerons ici les grandes lignes.

Le REFIPS est constitué de sections territoriales et de sections thématiques. Chaque section est coordonnée par un (ou deux) correspondant(s) qui, du moins dans la phase de mise en place, représente(nt) sa (leur) section lors des réunions du Conseil des correspondants. C'est ce type de réunion qui a eu lieu en avril à Sousse et qui se déroulera chez nous l'an prochain. Actuellement, nous comptons 4 correspondants pour l'Afrique, découpée en quatre régions: Nord (Algérie, Maroc, Tunisie, Egypte, Mauritanie); Ouest (Sénégal, Côte

d'Ivoire, Niger, Togo, Bénin, Mali, Burkina Faso, Guinée); Centre (Gabon, Zaïre, Rwanda, Burundi, Tchad, République Centre-Africaine, Cameroun); Est et Océan Indien (Djibouti, Comores, Seychelles, Ile Maurice, Madagascar). Une correspondante représente Haïti, la Guyane française, la Guadeloupe et la Martinique.

La France est représentée sur le plan national, d'une part, et pour la région Nord-Pas de Calais d'autre part; cette dernière, jouant là-bas le rôle de région-pilote est d'ailleurs fort concernée, comme nous le verrons plus loin. Les autres pays ou régions présents sont le Québec, la Suisse et, bien sûr, la Communauté française de Belgique, pour laquelle le rôle de correspondant est assuré par le Centre de Coordination Communautaire. A l'avenir, d'autres pays ou régions pratiquant le français devraient rejoindre le REFIPS (Grand Duché de Luxembourg, Vietnam, Cambodge). Voilà pour les sections territoriales.

Quant aux sections thématiques, elles doivent être transnationales pour pouvoir s'insérer au REFIPS. C'est à ce titre que le Réseau Francophone International en Santé du Coeur y adhère déjà et que le Réseau Francophone International des Villes et Villages en Santé devrait bientôt y participer.

Afin de coordonner l'ensemble du réseau, un Bureau de liaison a été mis en place grâce à une subvention du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. Il a son siège à l'Association pour la Santé Publique du Québec où Lise Langevin assure le rôle d'Agent de liaison. Pour en superviser le fonctionnement, un exécutif de 4 membres a été choisi parmi les correspondants: 2 représentants du Sud (Afrique du Nord et Afrique de l'Ouest) et 2 représentants du Nord (Nord-Pas de Calais et Québec; ce dernier préside l'exécutif et est également le représentant du Réseau en Santé du Coeur).

Chaque section est maître d'oeuvre du développement de son affiliation. C'est pourquoi, en Communauté française de Belgique, nous avons décidé, tant que cela est possible et au moins jusqu'à l'assemblée générale de juin 1994, de ne pas faire payer de cotisation aux membres à venir et de ne pas solliciter un subside de fonctionnement complémentaire pour le Centre de Coordination Communautaire.

De la même manière, nous ne désirons pas pour l'instant introduire de distinctions entre les types de membres comme le feront sans doute d'autres sections en catégorisant des

membres individuels et des membres collectifs (institutionnels, de soutien, associés, a.s.b.l.). Nous considérons, en effet, qu'il serait prématuré de trop institutionnaliser et formaliser un réseau qui doit d'abord faire preuve de dynamisme et de rendement effectif. Ensuite, une trop forte institutionnalisation pourrait à terme créer un phénomène déjà connu ailleurs, dans d'autres réseaux, à savoir, un certain élitisme aboutissant à un contre-effet: le monopole et la rétention de l'information. Nous reviendrons sur ce point, concernant les critères d'adhésion, en fin d'article. Auparavant, nous parlerons des activités du REFIPS.

LA COMMUNICATION, L'ÉCHANGE D'INFORMATIONS

La tendance d'une nouvelle association de grande ampleur est souvent de créer un bulletin de liaison. Ici, le choix est différent. Le Bureau de liaison va répertorier les bulletins qui existent déjà dans le domaine dans les différents pays. L'objectif est d'utiliser ceux-ci, régulièrement, pour la diffusion de l'information, voire d'augmenter la diffusion des bulletins existants vers les correspondants des autres pays. Cette formule est non seulement économique, évitant les doubles emplois, mais également réaliste. Le présent article en est une preuve tout comme le numéro spécial (66) édité en mars 1992 par Education Santé à propos du Congrès fondateur de Montréal. Autre avantage: la possibilité de diffuser l'information au plus grand nombre sans pour autant la conditionner à la possession d'une carte de membre.

Une lettre brève, 4 pages, sera diffusée régulièrement aux correspondants des sections par le Bureau de liaison. Elle reprendra des nouvelles du REFIPS, des messages préparés par les correspondants au sujet d'activités, des appels d'offres, des offres de services; elle signalera les nouvelles adhésions, des opinions ou réflexions diverses. Chaque correspondant fera alors partager ces informations aux membres de sa section et assurera via les bulletins locaux (comme Education Santé) une diffusion plus large des messages d'intérêt général. Le premier exemplaire de cette lettre nous a déjà permis de répercuter à l'étranger une demande de l'ICAN qui souhaite enrichir son centre de documentation avec du matériel provenant de différents pays. Elle nous a permis également d'an-

Se former à la prévention du sida

Le sida est une maladie transmissible, mortelle et, à ce jour, incurable. Tout le monde le sait. Mais l'information qui est diffusée à ce propos ne suffit pas à arrêter l'épidémie; en Belgique, trois nouveaux séropositifs sont dépistés chaque jour.

Le sida fait donc apparaître à la fois l'urgence d'adopter des comportements de prévention, et la nécessité de prendre le temps d'apprendre: savoir n'est pas préventif en soi; l'information n'a de sens que si on est prêt à la recevoir et à en faire quelque chose pour soi.

Deux principes fondent les programmes de prévention mis en place dans la Communauté française:

- la capacité des individus de modifier leur comportement;
- le respect des droits des personnes séropositives.

La politique de prévention repose sur les ressources existant sur le terrain. Les professionnels de la santé, de l'éducation, du travail social, sont en première ligne pour écouter les questions qui se posent à leur public. Ils peuvent aider ces personnes à faire des choix cohérents pour leur sensibilité, leur mode de vie, leurs valeurs et leur état de santé, sans oublier les contraintes sociales. C'est là que le programme de formation du CEDIF prend sa place.

Ce programme, structuré en modules, est ouvert à un public multidisciplinaire, et organisé dans différents centres de la Communauté française. Ceci favorise les échanges et les collaborations entre professionnels d'un même secteur ou d'une même région.

Les objectifs du programme sont de permettre aux participants:

- de définir leur investissement personnel et leur rôle professionnel par rapport à la prévention du sida;
- de développer leur capacité d'écoute active;

- de développer les compétences professionnelles requises par la prévention du sida;
- d'acquérir les connaissances nécessaires et de définir leur place dans le processus de prévention.

La constitution de coordinations locales dans les principaux centres de la Communauté française permet non seulement de décentraliser les sessions de formation, mais aussi et surtout de faire de celles-ci un support de la prévention à l'échelon local.

Le programme de formation est mis sur pied avec l'appui de l'Agence Prévention Sida.

Renseignements complémentaires: Angélique Bregentzer, 02/502.68.00.

CEDIF-Formation, rue de la Tulipe 34, 1050 Bruxelles.

Le programme 1992-1993

Module de base

- Bruxelles : jeudis 8 et 22 octobre 1992
 Namur : vendredis 9 et 23 octobre 1992
 Tournai : jeudis 15 et 29 octobre 1992
 Arlon : vendredis 30 octobre et 13 novembre 1992
 Mons : jeudis 12 et 26 novembre 1992
 Liège : vendredis 27 novembre et 11 décembre 1992
 Charleroi : jeudis 3 et 17 décembre 1992
 Verviers : jeudis 4 et 18 février 1993
 Libramont : jeudis 4 et 18 mars 1993
 Bruxelles : jeudis 22 avril et 6 mai 1993.

Module enfants

- Bruxelles : vendredis 20 novembre, 4 et 18 décembre 1992

- Liège : jeudis 7, 21 janvier et 4 février 1993
 Charleroi : jeudis 14, 28 janvier et 11 février 1993
 Mons : vendredis 5, 19 février et 5 mars 1993
 Arlon : vendredis 30 avril, 14 et 28 mai 1993.

Module adolescents

- Tournai : jeudis 19 novembre, 3 et 17 décembre 1992
 Namur : vendredis 20 novembre, 4 et 18 décembre 1992
 Liège : vendredis 12, 26 mars et 2 avril 1993
 Charleroi : jeudis 29 avril, 13 et 27 mai 1993
 Bruxelles : vendredis 14, 28 mai et 11 juin 1993.

Module outils

- Namur : vendredi 16 et samedi 17 octobre 1992
 Arlon : jeudi 10 et vendredi 11 décembre 1992.

Module adultes

- Bruxelles : vendredis 9 et 23 octobre, samedi 24 octobre 1992
 Namur : vendredis 29 janvier et 12 février, samedi 13 février 1993
 Charleroi : jeudis 11, 25 mars et 1er avril 1993
 Tournai : vendredis 23 avril et 7 mai, samedi 8 mai 1993
 Libramont : jeudis 13, 27 mai et 10 juin 1993.

Module séropositifs

- Bruxelles : vendredis 8 et 22 janvier, samedi 23 janvier 1993
 Tournai : vendredis 4 et 17 juin, samedi 18 juin 1993.

Module "multiplicateurs"

- Bruxelles : vendredis 15 et 29 janvier 1993
 Namur : vendredis 4 et 18 juin 1993.

VINCENT : Sûr. Elle était jolie. Puis drôle aussi. Ça t'arrive jamais?

NICOLAS : J'sais pas. Je crois qu'on est pas fait pareil. Chez moi quand j'ai rencontré Céline, j'ai tout de suite eu le sentiment que ça allait durer.

VINCENT : Mais moi aussi j'ai ce sentiment avec la p'tite brune.

NICOLAS : T'as peut-être ce sentiment mais tu connais même pas son nom.

VINCENT : Et puis après, qu'est-ce que ça veut dire ? On n'a pas besoin de connaître le nom de quelqu'un pour ressentir quelque chose. C'est l'intensité du moment présent. La vie pleine. La vie vraie. C'est ça qui provoque le trouble.

NICOLAS : Pour moi c'est pas ça. Pour moi, il faut qu'une fille se livre, qu'elle me dise des choses d'elle. Qu'elle cesse d'être seulement "une p'tite brune". Qu'elle devienne unique par son histoire. C'est à ce moment-là que vient le trouble.

VINCENT : J'avais être franc. Moi, une vraie vie de couple j'ai jamais vécu ça. Mais c'est qui m'étonne c'est qu'avec tout c'que tu me racontes, Céline soit partie.

NICOLAS : T'as peut-être raison... C'est peut-être étonnant... Mais c'est pas simple. Les sentiments et la vie de tous les jours, parfois c'est deux choses bien distinctes. On s'endort dans le bonheur, et le lendemain, le désir n'est plus là. On a peur du week-end qui approche, on finit par s'ennuyer ensemble.

VINCENT : Ouais, c'est bien c'que j'pensais.

NICOLAS : Quoi ?

VINCENT : Oui, j'crois pas que ce soit quelque chose pour moi. Du moins, pas tout de suite.

NICOLAS : Ce soir, tu vois la p'tite brune ?

VINCENT : On va au cinéma.

NICOLAS : Dis-moi Vincent, si ça va plus loin, tu la ramènes ici?

VINCENT : J'en sais rien. Pourquoi, tu sais pas où dormir ?

NICOLAS : Non non, c'est pas ça.

VINCENT : C'est quoi alors ?

NICOLAS : C'est que moi, par les temps qui courent, je ferais attention.

VINCENT : Tu veux dire, attention sida ?

NICOLAS : Ben oui.

VINCENT : Tu sais, moi, en général je fais confiance à mon feeling.

Nicolas reprend du café.

VINCENT : Au début avec Céline tu faisais gaffe ?

NICOLAS : Pour ce qui est d'en parler, j'crois que c'est pareil pour toi comme pour moi. Que ce soit un simple désir physique, ou si t'aimes vraiment quelqu'un, c'est de toutes façons pas facile d'en parler.

VINCENT : Y'a encore du café ?

(fin de la fiction)

Ce dialogue ouvre sur plusieurs questions: pourquoi un jour, l'autre s'en va sans s'expliquer, comment surmonter un chagrin d'amour, comment faire encore confiance après un échec amoureux, comment s'aimer encore quand le désir diminue, que l'ennui se pointe, pourquoi certains changent-ils sans cesse de partenaires, cesse-t-on un jour d'avoir besoin de séduire, avoir peur d'un échec sexuel, peur du ridicule, peur du rejet, comment parler du sida à un garçon sans passer pour "une pute", comment parler du sida quand on veut plaire à tout prix, comment penser au sida quand on "aime à en mourir",...

Pour aborder ces thèmes, à la fin de chacune des histoires, un petit texte invite les spectateurs à commenter la situation des personnages, imaginer la suite de la fiction et pour quoi pas à interpréter la scène.

Animation délicate

Bien sûr, l'animation autour de la projection des courtes histoires est très importante. Elle nécessite chez le professeur, chez les adolescents, une expérience de ce type d'approche participative.

Si les jeunes sont invités à incarner les personnages, l'animateur doit les aider, durant quelques minutes en aparté à préparer leur rôle. Il les aide à imaginer l'histoire du personnage, les réactions du personnage, ..., en proposant au jeune de ne pas inventer un personnage trop différent de lui. Par ailleurs, il faut éviter de précipiter les adolescents dans des rôles qui les mettent en difficulté ou les rendent victimes des railleries de leurs camarades.

A chaque histoire, ses questions

"Samedis soirs et dimanches matins" met en scène les questions sur l'amour, le désir et le sida.

"Rencontre de vacances" ouvre sur la découverte des sentiments amoureux: de l'amitié à la tendresse, des amours de vacances à l'amour à distance, de l'amour au quotidien au désir de l'autre, des caresses à l'amour, ..., etc. "Retrouvailles" met en scène les relations, parfois difficiles, entre parents et enfants sur fond de confiance ou de méfiance entre partenaires. "Premier Amour" permet d'ouvrir le débat sur le "cap" des relations sexuelles. A quel moment faire l'amour, pourquoi, comment, et avec qui ?

La séropositivité, la sienne, celle de l'autre, comment la vivre? Comment surmonter sa peur face à elle? Quels projets faire ensemble? "Le Secret" introduit le thème de la solidarité vis-à-vis des personnes séropositives à partir du couple ou comment vivre une relation amoureuse "sans futur". Par contre, "Le bateau" pose la question de la position de la société face aux séropositifs. Qu'est-ce que la séropositivité par rapport au sida ? Comment éviter l'exclusion, le rejet ? Comment vaincre sa peur et évaluer le risque.

"Dilemmes" a été réalisé pour permettre une approche des différentes manières de faire face à certaines situations difficiles liées à l'amour, au désir, au sida, à la séropositivité. Cette vidéo fait partie du coffret pédagogique réalisé par l'Agence de Prévention du Sida. Pour tout renseignement complémentaire, contactez-nous au 42, rue de Haerne - 1040 Bruxelles. Tél.: 02/627.75.11. ■

noncer la publication du numéro spécial du mois de mars d'Education Santé ainsi que la tenue à Liège, en novembre, du congrès international "Le Social dans la Santé".

En matière de documentation, le Bureau de liaison répertoriara les réseaux de documentation et les banques de données existant dans les différents pays membres en vue d'une extension de ces services aux autres pays ou de l'échange de données. Chez nous, RESODOC pourrait être intéressé à ce projet, tout comme en France la banque de données de l'Ecole nationale de santé publique de Rennes (40.000 références).

DES RENCONTRES ET DES OUTILS

Dans le cadre du REFIPS et à l'initiative de la région Nord-Pas de Calais, un Congrès international sera organisé à Lille en juin 1994.

Le titre provisoire en est prometteur: "La Santé du Terrain - Le Terrain de la Santé". L'assemblée générale du REFIPS aura lieu à ce moment. Bien sûr, le programme du congrès n'est pas encore fixé, mais il est déjà à la base d'échanges, puisque le maître d'oeuvre (Société régionale de santé publique Nord-Pas de Calais) souhaite le réaliser en collaboration avec des organismes de la Communauté française de Belgique. Par exemple, pour échanger principalement sur ce sujet, suite aux premiers contacts, nous organiserons en novembre prochain une rencontre entre les représentants de cette région et les responsables des services aux éducateurs, du Ministère de la Santé, des Commissions Locales de Coordination et de divers organismes belges intéressés par l'éducation pour la santé.

La tenue de ce congrès sera également l'occasion de découvrir deux outils concrets d'échange que coordonnent et élaborent conjointement la Région Nord-Pas-de-Calais et des organismes de la Communauté française. Ces outils, encore en chantier, sont un lexique des expressions utilisées en promotion de la santé et un atlas descriptif des pays et régions francophones. Le lexique permettra de prendre connaissance du sens donné à certains termes dans les différents pays. Par exemple, il faut savoir qu'un médecin de santé publique en Tunisie n'a pas vraiment les mêmes fonctions qu'en Belgique ou que ce que les Français appellent les "groupes de soutien social" s'appellera plutôt chez nous "groupes de self

help". Ceci doit nous permettre de mieux comprendre les documents ou outils en provenance de l'étranger.

Qui dit échange dit aussi nécessité de connaître l'autre. L'atlas en préparation nous permettra de découvrir de façon synthétique une série de données sur chaque pays ou région francophone: des informations générales d'ordre statistique, des indicateurs de l'état de santé de la population et une présentation plus "opérationnelle" de certains points: l'organisation institutionnelle générale en matières sanitaires et sociales; les systèmes de protection sociale; le "système santé" (prévention, promotion, traitement et soins, structures et acteurs,...).

Conclusion - invitation

Avant même que des propositions d'adhésion soient faites à un large public, le REFIPS comptait déjà 153 membres (avril 1992). En Communauté française de Belgique, 20 organismes se sont déjà affiliés:

- les Commissions Locales de Coordination de Charleroi, du Brabant wallon, Namur, La Louvière, Luxembourg et Verviers;
- Educa Santé, l'Union Nationale des Mutualités Socialistes, le C.C.A.D., les Femmes Prévoyantes Socialistes, Liège Santé, l'ICAN, l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes (Education Santé), l'APES, le Service éducation santé de la Croix-Rouge, la Croix-Jaune et Blanche, l'Institut Médico-Social de la Province de Brabant, Question Santé, PROMES et bien sûr le Centre de Coordination Communautaire.

Notre objectif n'est cependant pas de rassembler un maximum de membres, pas plus que de limiter ce nombre en fonction de quotas. En fait, afin d'éviter un élargissement artificiel de la liste, nous préférons fixer, au moins temporairement, certains critères:

- nous souhaitons que chaque membre fasse une inscription unique (certains ont parfois tendance à s'inscrire deux fois, une fois à l'adresse de leur institution et une fois à leur adresse privée);
- même si l'affiliation peut être répertoriée sous un nom personnel, nous pensons préférable qu'il soit suivi du nom et de l'adresse de l'organisme auquel appartient la personne. A charge de celle-ci de répercuter l'information dans son institution;

- lorsque plusieurs personnes au sein d'un organisme non décentralisé désirent se faire membre, une affiliation commune est plus opportune.

Le respect de ces conditions nous permettra d'éviter des surcoûts de secrétariat et, par conséquent, de maintenir la gratuité de notre rôle de correspondant.

A titre de contrat moral, les personnes et organismes qui se font membres auront le souci de transmettre au Centre de Coordination Communautaire les informations dont ils ont connaissance et qui pourraient utilement être répercutées vers les autres pays francophones (publications, manifestations, offres de services, appel d'offres, échanges...).

Nous sommes conscients que les informations transmises ici ne répondent pas à toutes les questions. C'est pourquoi, nous proposons à ceux qui le souhaitent de nous contacter par téléphone:

Pierre Anselme, Martine Spitaels, Maryse Wanlin, Centre de Coordination Communautaire, au 02/512.42.23.

Enfin, pour ceux qui seraient déjà convaincus, nous joignons à cet article un bulletin d'adhésion. ■

Pierre Anselme, Centre de Coordination Communautaire

Nous préparons pour la fin de l'année un numéro consacré à la prévention des toxicomanies. Nous souhaitons y faire le point de la façon la plus complète possible sur les initiatives, mêmes modestes, en la matière.

Si vous voulez nous faire partager vos expériences d'éducation pour la santé sur ce thème, appelez-nous au 02/237.48.52.

BULLETIN D'ADHESION AU REFIPS

Nom(s) et prénom(s):

Nom de l'organisme:

Adresse de l'organisme:

Rue:

Code postal: commune:

Téléphone:

Fax:

Centre d'intérêt:

 Communication Education Formation Stages-échanges

Thématiques(s):

Autres:

Rôle ou fonction de votre institution ou de votre service:

Retourner ce formulaire au:

Centre de Coordination Communautaire, rue de la Concorde 56,
1050 Bruxelles. Tél: 02/512.42.23. Fax: 02/512.32.73

l'ensemble des compétences. Les aspects de coordination et de concertation sont donc pris en compte dans la conception des structures.

Le Conseil est constitué de deux commissions: la commission de l'aide aux personnes et la commission de la santé. Celles-ci sont en relation grâce à une commission de coordination. Chaque commission comprend elle-même différentes sections.

La commission de l'aide aux personnes comprend 4 sections qui ont pour thème: les personnes âgées, les personnes handicapées, le planning familial et enfin, la famille et les services sociaux.

La commission de la santé quant à elle comprend deux sections distinctes: l'une portant sur la santé mentale, l'autre sur l'éducation pour la santé et la prévention.

Cette section, qui nous intéresse plus particulièrement, aura pour mission d'établir les complémentarités avec les autres niveaux de pouvoirs compétents (national et communautaire) et de planifier les actions menées de commun accord. Le choix et le développement d'un thème annuel dans le domaine de l'éducation pour la santé pourraient être un de ses objectifs.

La section éducation pour la santé est présidée par Monsieur Aldo Perissino, la vice-présidence étant assurée par Madame Solveig Pahud. La section comprend 13 membres effectifs et 13 membres suppléants. En voici la liste, les membres suppléants étant inscrits entre parenthèses:

- pour les pouvoirs organisateurs: Jacques Morel (Thierry Guislain) et Christine Vanderborgh (Hélène Aronis-Brykman);
- pour les travailleurs: Marie-Paule Jeannée (Alfred Vannesse) et Martine Carthe (Fabrice Epis);
- pour les usagers: Guy Dargent (Germaine Peeters), Solveig Pahud (Michel Pettiaux) et Patrick Trefois (Vincent Magos);
- pour les experts: Denis Gillet (Danielle Piette), Alain Deccache (Monique Laurent), Pierre Hendrick (Etienne Pirlot), Isabelle Durant (Martine Spitaels), Annick D'Ursel-Sondag (Philippe Bastin) et Aldo Perissino (Jean De Greef).

Les semaines à venir nous permettront de découvrir le rôle que pourra jouer cette commission dans l'univers politique bruxellois et dans les problèmes de santé publique spécifiques à cette région. ■

"Encore le sida"

Quand le dessinateur liégeois Kroll interprète avec humour les informations relatives aux modes de transmission et au préservatif, cela donne un petit livret intéressant qui suscite l'intérêt des jeunes moins motivés par le sujet ou pas passionnés par la lecture.(6)

Chaque école secondaire peut gratuitement obtenir un exemplaire du coffret. Chaque directeur d'école recevra un bon de commande à renvoyer à l'Agence Prévention Sida. Pour ceux qui le désirent, le coffret pédagogique est également en vente au prix de 1500 FB.

Chacun des documents qui le composent peut être commandé séparément. Voici les conditions:

- (1) le classeur: 250 FB;
- (2) "Sida, les faits, l'espoir": 50 FB;
- (3) la brochure "Actualquarto": 60 FB;
- (4) les vidéos: 300 FB pièce;
- (5) la BD "Jo": 200 FB;
- (6) les brochures: gratuit, en quantités raisonnables.

La diffusion des trois vidéos a été possible grâce au soutien de "Europ Assistance". ■

"Dilemmes"

"Rencontre de Vacances", "Retrouvailles", "Samedis soirs et dimanches matins", "Le secret", "Le bateau", "Premier amour" sont les titres de six courtes fictions de rencontre, d'amour entre deux ou plusieurs personnages. Courtes histoires dont la fin reste en suspens. Le réalisateur se tourne vers le spectateur. A lui de se mettre dans la peau des personnages, d'écrire la suite, de la jouer et de tester ses propres réactions face à des situations parfois difficiles. Réalisé pendant cet été, "Dilemmes" est à destination des enseignants du cycle supérieur et autres intervenants auprès des jeunes.

Lieu d'éducation, de formation et de communication, l'école a un grand rôle à jouer dans le domaine de la prévention. Outre l'apprentissage des réflexes préventifs, le rôle du professeur est de permettre aux élèves de s'exprimer sur les difficultés qu'ils rencontrent face à la prévention.

"Dilemmes", pour s'impliquer

Pendant ces discussions, les jeunes semblent, par exemple, décidés qu'une fois venu le moment des amours ou la prochaine relation sexuelle, ils se protégeront ! Et

comme pour sceller cette promesse, ils sortent de leur poche ou de leur portefeuille une petite réserve de préservatifs.

Mais entre le discours et la réalité, il y a parfois une marge.

Timides ou impressionnés, rêveurs ou distraits, emportés par les émotions amoureuses, paralysés par la crainte d'un échec, ils ne trouvent pas les mots, ils oublient les gestes.

"Dilemmes" a été réalisé pour permettre aux jeunes de s'impliquer dans certaines situations. A la fin de chacune des fictions, en effet, apparaissent sur l'écran quelques questions qui aiguillent le débat.

Ces six histoires n'ont cependant pas toutes un lien direct avec le sida. Elles font écho à des questions que jeunes et adultes se posent: la confiance, l'estime de soi, la fidélité, la solidarité, la séduction, les relations avec les parents, leurs rôles,...etc.

"Samedis soirs et dimanches matins"

Avec "Samedis soirs et dimanches matins", voyons comment peut se dérouler une animation à partir de "Dilemmes".

Un appartement en désordre. Les murs en briques sont peints en blanc,

les petits carreaux sont sales. Un meuble avec des tiroirs. Visiblement, il fait plus office de table de petit déjeuner que de bureau. Sur le meuble, c'est le capharnaüm. Une boîte de conserve, un pot de confiture, un carton de lait, un cendrier, du beurre mou. Autour de la table, deux chaises. A droite, un matelas sur le sol. Sous les draps froissés, un garçon somnole. Vincent récupère d'une "java" en boîte, la veille.

Nicolas arrive avec un plateau; café fumant, baguettes, journal du matin.

VINCENT : T'es vraiment un lève-tôt toi. Il est quelle heure?

NICOLAS : Onze heures moins dix.

Vincent se soulève. Il semble peser une tonne.

VINCENT : C'est la vie de couple qui fait ça ? Se lever à onze heures moins dix un dimanche matin ?

NICOLAS : La confiture, elle est d'avant-guerre ?

VINCENT : Maaais non. Elle est toute bonne je l'ai reçue à Noël.

VINCENT : Tu m'as pas répondu. J'ai l'impression que tu crânes ces temps-ci ?

NICOLAS : Crâner, qu'est-ce que tu veux dire ?

VINCENT : Ben oui. T'as gardé tes habitudes du temps où t'étais avec Céline: le café, les baguettes, regarde même le magazine c'est un truc de filles.

NICOLAS : T'as raison. Qu'est-ce que tu veux que j'te dise?

VINCENT : Ben j'sais pas, les examens sont terminés, c'est l'été... J't'ai observé hier soir, t'es resté dans ton coin. J'sais pas moi. Ou alors on fait la fête, ou alors tu me dis c'qui ne va pas.

NICOLAS : Tu sais, c'est pas simple de se laisser aller quand t'as vécu tout un temps avec la même personne. Moi j'pourrais pas faire comme toi, draguer et sembler sincère en plus. T'es très fort.

VINCENT : Pourquoi, sembler sincère. Je suis sincère.

NICOLAS : Avec la p'tite brune hier soir aussi ?

La santé à Bruxelles

Installation du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'aide aux personnes et de la santé

L'événement a été célébré au Botanique le 2 juin 92. Pour les Bruxellois et la région de Bruxelles-Capitale, voici donc un nouveau Conseil. Selon les Ministres Thijs et Gosuin, ce Conseil participera à la définition de politiques considérant la globalité de l'in-

dividu. Il devra être un outil de concertation pour mener une politique cohérente sur le territoire de la région bruxelloise. Une des particularités de cet organe consultatif se trouve dans le fait qu'il y a un seul conseil consultatif pour

Dossier "Actualquarto"

Le n° 80 de ces dossiers destinés aux enseignants rassemble les coupures d'articles de presse rédigés sur le virus. Il aborde les informations scientifiques à propos des MST et du sida accompagnées de schémas explicatifs et de dessins humoristiques. Les campagnes d'information sur la prévention du sida menées en Belgique y sont également présentées tandis que différentes pistes pédagogiques sont amorcées.

Ces extraits de presse peuvent être utilisés pour introduire des discussions à propos des aspects psycho-affectifs, sociaux et éthiques liés au sida. (3)

Pendant: les vidéos et BD**"Attention Sida"**

Fiction de 18 minutes d'information à destination des jeunes à partir de 15 ans.

Le Professeur Luc Montagnier et l'acteur Michel Boujenah présentent à la télévision une émission sur le sida. De l'autre côté de l'écran, une groupe de jeunes se distrait. Pour les convaincre de s'intéresser au virus HIV, les deux présentateurs se téléportent auprès de ces adolescents pour répondre aux questions qu'ils se posent réellement sur le sida.

Ce documentaire introduit une approche des attitudes face au sida - la prévention et la solidarité vis-à-vis des personnes séropositives et une approche des aptitudes à la prévention du sida - prendre le temps de connaître son partenaire et utiliser le préservatif.

"Attention Sida" qui donne un bagage scientifique commun au groupe est utilisé en début de séance d'animation sur le sida. (4)

"Love l'Idée"

Il attend le résultat d'un test de dépistage du sida. Durant la nuit, il dialogue avec elle qui passe la nuit chez lui. Ils parlent de l'amour, du

désir, du risque, du préservatif, de la rencontre, ... Signée Infor Sida et le département de Psychologie Médicale de l'UCL, cette fiction de 32 minutes permet aux jeunes et à leurs interlocuteurs de partager les questions et difficultés liées à la prévention du sida. "Love l'Idée" ne propose aucune réponse à ces questions mais témoigne de la complexité des sentiments humains. Cette vidéo est un des outils d'animation pour aborder les questions psycho-affectives que soulève la prévention du sida. Avant de le projeter aux adolescents, l'animateur est invité à le visionner à plusieurs reprises. (4)

"Dilemmes"

Six courtes histoires de cinq minutes présentent des personnages confrontés à des choix, des dilemmes moraux. Ces fictions n'ont pas de fin. Le réalisateur se tourne alors vers le spectateur. A lui de s'impliquer dans l'histoire en donnant son avis sur les personnages, en proposant une issue, en jouant la suite qu'il imagine. Les six sujets mettent en scène des situations proches de la vie des jeunes et ouvrent le débat sur différents thèmes plus ou moins proches de la prévention du sida, tels que dire "non", la confiance, la fidélité, la séduction, le rejet, le désir, la confidentialité, la solidarité, la séropositivité, ...

Parce qu'elle engendre une certaine identification des jeunes aux personnages, "Dilemmes" permet de mettre le doigt sur les faits, gestes et paroles qui brouillent les pistes des comportements préventifs et de solidarité vis-à-vis des personnes séropositives. Nous y revenons plus en détail dans cette rubrique (4).

"Jo" de Derib

Jo, jeune fille studieuse, dynamique et BCBG rencontre Laurent, musicien, généreux et impulsif. Ils décident ensemble de faire un test de dépistage du sida. Jo est séropositive. Laurent reste à ses côtés jusqu'à sa mort. Ils affrontent ensemble la maladie, les comportements d'exclusion et de solidarité qu'ils rencontrent. Avec "Jo", Derib,

auteur apprécié des jeunes, touche à différents thèmes liés au sida et à l'adolescence: la séropositivité, la peur, la confiance, la maladie, la mort, l'exclusion mais aussi la toxicomanie, les relations avec les parents, la pression sociale, les conventions, la difficulté à communiquer avec les parents, les professeurs, ...

Un petit fascicule d'information scientifique très accessible complète la bande dessinée. Document attractif, sensible et apprécié des adolescents, "Jo" est un outil d'animation qui permet d'aborder les questions de prévention et de solidarité à l'égard des personnes séropositives. Toutefois, en raison de l'existence de certains thèmes délicats traités en "clichés", la distribution de "Jo" doit être accompagnée d'une réelle discussion. (5)

Après, pour laisser des traces: les brochures destinées aux adolescents**"Portraits du sida"**

Cette brochure d'information et de sensibilisation est destinée aux jeunes âgés de minimum 15 ans à l'aise avec le langage écrit. Rythmée de texte scientifique, de photos, de témoignages et de dialogues, elle répond aux différentes questions sur le virus, sa prévention et permet également de réfléchir aux difficultés liées à la prévention dans une relation et à la solidarité à l'égard des personnes séropositives. (6)

"L'amour au temps du sida"

Rédigé dans un langage simple, accessible à tous, ce document vise davantage à informer clairement et précisément sur la prévention du sida et ses différents angles: connaître le virus, arriver à en parler et à s'en protéger. (6)

Grain de sable**Un enquête sur le sommeil des enfants****Introduction**

Le sommeil représente, en durée, environ un tiers de notre vie (la moitié chez les enfants). Des 8760 heures que compte une année, une personne adulte en dort environ 3000. En envisageant une espérance de vie de 70 ans, un être humain passe 24 ans en sommeil (ABSIL et CERASOLI, 1988). Ces heures de sommeil conditionnent, dans une très large mesure, le comportement des individus pendant les deux autres tiers de leur vie (REGINSTER, s.d.).

Selon ALFARO (1983), ACCOCE (1984), ainsi que ABSIL et CERASOLI (1988) citant l'I.O.M. Report de 1979, 50 millions d'Américains (environ 21 %) ont des problèmes de sommeil et 10 millions (environ 4 %) consultent un médecin afin d'améliorer leur sommeil. Aux Etats-Unis, il y aurait 15 % d'insomniaques; les insomnies atteignent près de 35 % des gens en Floride et presque le même pourcentage en Californie (ACCOCE, 1984).

En Belgique, il apparaît que 15 à 20% des premières consultations chez le médecin généraliste répondent à une plainte quant à l'absence de sommeil (BERTHELIS et al., s.d.). Au moins 30 % de la population adulte belge de plus de 30 ans souffre d'une pathologie du sommeil (BERTHELIS et al., s.d.; REGINSTER, s.d.). En Belgique, le nombre annuel de consultations pour troubles du sommeil est estimé à plus de 2 300 000 (c'est-à-dire plus de 6 000 patients par jour) dont plus de 90 % chez le médecin généraliste. Près de 10 000 de ces cas sont des enfants (REGINSTER, s.d.).

En 1980, d'après les sondages effectués par un institut spécialisé, le marché américain des benzodiazépines (hypnotiques et anxiolytiques) s'élevait à 340 millions de dollars, correspondant à 59 millions de prescriptions de ces médicaments (ALFARO, 1983).

En France, en 1982, 56 millions de boîtes de somnifères ont été consommées. Le marché français des drogues du sommeil et des anxiolytiques, barbituriques et benzodiazépines, est évalué à près de 1 800 millions de francs. En 1970, il a été prescrit jusqu'à 214 millions de médicaments psychothérapeutiques, dont la moitié constituée de tran-

quillants, de sédatifs et d'hypnotiques (ALFARO, 1983). Selon HARVENGT (s.d.), en 1976, plus de 2 500 000 Français (plus de 4,5 %) prenaient un hypnogène chaque soir. En 1984, GOLDENBERG estime qu'un million à un million et demi de Français (2,7 %) prennent tous les jours un médicament pour dormir et que 5 millions (9 %) en prennent épisodiquement. La consommation des hypnotiques en 1976 pouvait être chiffrée à 60 000 000 d'unités par an (HARVENGT, s.d.). Cette consommation ne cesse de croître (GOLDENBERG, 1984; HARVENGT, s.d.); elle a presque doublé en 7 années (ACCOCE, 1984).

En Belgique, BERTHELIS et al. (s.d.) note qu'environ 17 % de la population adulte de plus de 30 ans souffrant d'une pathologie du sommeil, consomme des substances hypnotiques de manière chronique. Selon une enquête de PESTIAUX et al. publiée en 1987, en Wallonie, un tiers des femmes de plus de 30 ans consomment des tranquillisants et 80 % d'entre elles depuis plus d'un an.

ALFARO (1983), citant une étude du CREDOC (1970), signale que la consommation s'élève massivement avec l'âge. La tranche d'âge la moins consommatrice étant celle des 10 à 19 ans et non celle des moins de 2 ans. Un médicament hypnotique destiné aux enfants s'est d'ailleurs vendu en 1982 à presque un million d'unités (ALFARO, 1983; ACCOCE, 1984). Une association risque de s'établir entre le sirop pour dormir et le sommeil. RÜTHER (cité par ACCOCE, 1984) pense qu'un certain nombre d'insomnies chroniques chez l'adulte commencent dès la petite enfance, parce que certains bébés ne reçoivent de leurs proches aucune "éducation de la nuit" durant cette phase initiale de la vie, de nombreux enfants subissant un "matraquage hypnotique".

Ces médicaments sont reconnus comme présentant de nombreux inconvénients: ils risquent d'entraîner une dépendance, une tolérance et ne procurent pas un sommeil physiologique. Ils peuvent également entraîner des problèmes de vigilance qui ne sont pas sans lien avec certaines fractures du col du fémur chez les personnes âgées.

Si les heures de sommeil conditionnent dans une certaine mesure le comportement des individus, l'inverse est également vrai: la qualité du sommeil dépend en grande partie de l'environnement et du comportement (REGINSTER, s.d.). Qu'il s'agisse de troubles de l'endormissement ou de troubles du sommeil, il est de nombreux cas où une

modification dans le style de vie peut apporter des solutions (REGINSTER, s.d.).

De plus, les plaintes ne sont pas toujours justifiées: elles relèvent parfois d'une mauvaise perception ou d'une mauvaise connaissance de son propre sommeil et du sommeil en général. Il y a très peu de vrais insomniaques et lorsqu'on vous dit "je n'ai pas fermé l'oeil de la nuit", il est rare que cela s'adapte à la réalité des faits (REGINSTER, s.d.). Dans le même sens, RÜTHER (cité par ACCOCE, 1984) affirme qu'une bonne moitié des patients dans les cliniques du sommeil consultent pour le trouble de "fausse insomnie", comme l'appellent les spécialistes. Chaque être humain, ajoute-t-il, aspire à ses huit heures de lit, la dose considérée à tort comme idéal à atteindre.

A l'occasion d'animations réalisées avec des groupes d'adultes pour répondre à ces besoins, des demandes importantes ont été exprimées par les parents qui désiraient dédramatiser, revaloriser le sommeil chez l'enfant, informer l'enfant par rapport au sommeil, lui donner quelques "trucs" pour qu'il puisse plus facilement percevoir et respecter ses besoins. C'est ainsi qu'est né le projet "Grain de sable", initialement théâtre de marionnettes, puis adaptation en vidéo, destiné à des enfants d'âge scolaire.

Méthodologie

Dans ce contexte, une enquête a été réalisée en 1989 auprès de 469 élèves de classes de 4^{ème} et 5^{ème} années primaires de 3 établissements scolaires libres de la région liégeoise et d'un établissement libre de Braine-le-Comte. Il s'agissait d'un questionnaire rempli par l'enfant, en classe, pendant les heures normales, sous la surveillance de l'enseignant. Le questionnaire se présente sous forme de questions fermées à choix unique ou multiple. Il comprend 78 questions. L'enquête a été réalisée en hiver et touche une population composée à 52,2 % de garçons et 47,8 % de filles. Le traitement des données a été effectué de manière informatisée avec le programme SAS.

Résultats

Nous avons principalement relevé des lacunes au niveau des connaissances, attitudes et comportements. Les résultats concernant les connaissances et attitudes sont exprimés en terme "d'utilité" (de programme d'action) telle que définie par DE KETELE (1980). Elle correspond ici à la proportion des enfants ne maîtrisant pas un objectif éducatif défini par l'item proposé avant l'action éducative (exprimée ici en pourcentage).

Au niveau des **connaissances**, nous avons relevé des lacunes importantes par rapport aux rêves, à leur rôle et à leur fréquence (tableau 1).

C'est ainsi que plus de la moitié des enfants n'ont pas conscience que le rêve permet entre autre de restructurer des éléments précédemment assimilés, que

le rôle des rêves n'est pas entièrement élucidé. De même, si peu d'enfants ne savent pas qu'on peut rêver plusieurs fois par nuit, plus de la moitié ignorent qu'on rêve toutes les nuits et la presque totalité ignorent combien de fois par nuit.

Certains moyens pratiques que les en-

Tableau 1 : utilité (en pourcents) correspondant à différents items portant sur le rêve

Items relatifs aux rêves	utilité (%)
rêver sert à remettre chaque chose à sa place dans notre tête	50.8 %
rêver sert à quelque chose que les savants ne savent pas encore	65.1 %
nous rêvons toutes les nuits	62.0 %
nous rêvons plusieurs fois par nuit	27.6 %
nous rêvons 4 à 5 fois par nuit	95.7 %

Tableau 2 : utilité (en pourcents) correspondant à différents "trucs" pour bien dormir

Items relatifs aux "trucs" pour bien dormir	utilité (%)
prendre une tisane apaisante	86.2 %
faire une promenade	75.6 %
se laver et passer aux toilettes avant de dormir	65.8 %
boire un bol de lait chaud	50.7 %
prendre un bain	40.0 %

Tableau 3: utilité (en pourcents) correspondant au moment du coucher

Items relatifs au moment du coucher	utilité (%)
quand on bâille	89.7 %
toujours à la même heure	37.3 %
on doit tous dormir le même nombre d'heures	35.0 %

Tableau 4 : utilité (en pourcents) correspondant au pourquoi on a sommeil

Pourquoi a-t-on sommeil?	utilité (%)
notre horloge le dit	97.1 %
on a beaucoup travaillé, couru, bougé	80.4 %
parce que papa et maman le disent	26.3 %

fants peuvent utiliser pour trouver un bon sommeil, sont peu connus des répondants (tableau 2).

Si "prendre un bon bain" est un truc encore relativement bien connu (par 60.0 % des enfants), "boire un bol de lait chaud" n'est plus cité que par la moitié et les autres moyens par moins de la moitié. L'usage de la "tisane apaisante" n'est connu que par une minorité des enfants.

Concernant le moment du coucher, des besoins importants semblent également émerger de l'enquête (tableau 3).

Plus d'un tiers semblent ignorer que les besoins de sommeil en terme de quantité diffèrent d'un individu à l'autre et notamment selon l'âge, pensent qu'une attitude rigide (toujours à la même heure) est préférable à une écoute de son corps. Enfin, près de 90 % minimisent l'importance du bâillement comme signe de l'organisme demandant une mise au repos.

La réponse à la question "pourquoi a-t-on sommeil" semble poser problème aux enfants interrogés (tableau 4).

Pour plus d'un quart des enfants, c'est l'autorité parentale qui décide du moment du sommeil. Quatre-vingt pourcents (80.4 %) confondent fatigue et sommeil, et presque la totalité ignore l'importance des mécanismes des rythmes internes à l'organisme (97.1 %).

D'autre part, nous pouvons noter aussi, bien que cela représente un faible pourcentage, que 6.2 % des élèves interrogés pensent que le sommeil est inutile.

Au niveau des **attitudes**, les résultats de deux questions sont repris dans le tableau 5.

Nous observons que plus d'un quart des répondants n'a pas une attitude favorable face au fait d'aller se coucher quand ils ont sommeil. Près de la moitié affirme ne pas aimer aller dormir.

Cela rejoint les résultats à la question portant sur l'accord entre les parents et l'enfant sur l'heure d'aller au lit : plus de la moitié (56.6 %) affirme ne pas toujours être d'accord avec ses parents.

Nous leur avons également demandé à quelle heure ils vont dormir et à quelle heure ils souhaitent aller dormir: les résultats sont repris dans la figure 1.

Nous observons d'une part que près des 9 dixièmes des enfants (89.8 %) vont se coucher avant 9 heures, tandis qu'un faible pourcentage se couche vers 9h30 (7.2 %), 10h00 (1.7 %), 10h30 (0.2 %) et même 11h00 (1.1 %). Le tableau se modifie de manière systématique en ce

P

révention sida

Le coffret pédagogique

Mode d'emploi

Une mallette en plastique bourrée de brochures, de vidéos, BD et conseils pédagogiques. Depuis le 21 septembre, deux mille coffrets ont été gratuitement mis à la disposition des écoles de l'enseignement secondaire, des centres P.M.S., des centres de santé scolaires, des centres de planning familial.

"Si cela se présente, je me protégerai!". La promesse est connue. Bien souvent, quand on parle du sida avec des adolescents, ils sont convaincus qu'une fois le moment venu d'une relation sexuelle, ils seront capables de garder leur self-control et d'adopter un comportement de prévention: le test ou le préservatif. A chacun son mode de protection.

Mais une fois le moment venu, une fois les émotions amoureuses survenues, la réalité est parfois toute autre.

"Je n'ai pas osé lui demander", "je ne savais pas comment le lui proposer", "il m'impressionnait trop", "j'avais peur de la décevoir", ... Pour expliquer les abandons de grandes résolutions, les explications ne manquent pas.

Parce que la prévention du sida et des maladies sexuellement transmissibles touche à l'amour, au désir, au sentiment, à la confiance, ..., adopter des comportements préventifs n'est pas toujours facile.

Le coffret pédagogique a été imaginé pour permettre aux jeunes d'exprimer leurs difficultés face à la prévention et de mettre le doigt sur la source de ces difficultés.

Mais en outre, les jeunes connaissent parfois mal le virus. Selon l'enquête de l'Ecole de Santé publique de l'ULB, les jeunes croient en d'autres modes de transmission du virus que ceux scientifiquement reconnus. Une crainte qui peut mener à des comportements d'exclusion vis-à-vis des personnes séropositives.

Le coffret pédagogique vise donc aussi à améliorer les connaissances des adolescents et à les sensibiliser à la solidarité à l'égard des personnes séropositives.

Dans ces optiques, le coffret contient donc des documents de préparation à destination des intervenants -avant-, des outils d'animation en vue du travail avec les jeunes -pendant- et des brochures d'information pour les adolescents -après-.

Avant: classeur, brochure dossier pédagogique

Le classeur

Format A4, le classeur de couleur est l'élément de référence de l'enseignant ou de l'interlocuteur des jeunes. Il doit lui permettre de préparer ses séances d'information à la prévention du sida. Il contient des fiches pédagogiques rassemblées en quatre chapitres:

- une réflexion théorique touchant aux différents aspects de la pré-

vention du sida (l'approche de santé publique proposée par l'OMS, la démarche pédagogique d'éducation à la santé, les approches psychanalytique et sociologique qui éclairent sur les difficultés et réticences à adopter des comportements préventifs);

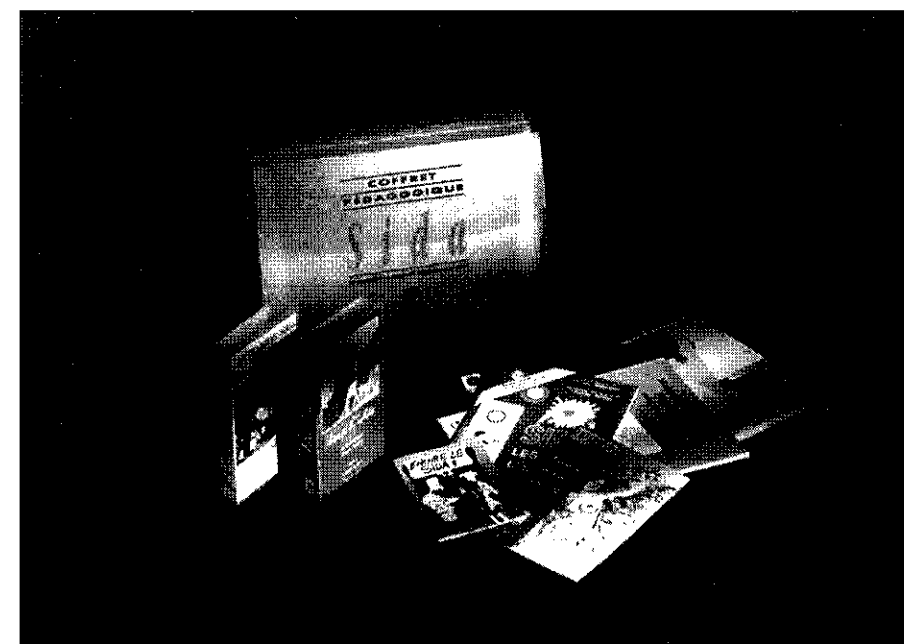
- une proposition de programme de travail de 6 à 8 heures avec des jeunes âgés de 15 à 20 ans. Un travail qui porte tant sur les connaissances du virus, que sur les aspects psycho-affectifs ou comportementaux liés à la prévention du sida;

- une présentation des outils que contient le coffret pédagogique;

- une présentation des outils disponibles en Communauté française, une bibliographie et une liste d'adresses utiles. (1)

La brochure "Sida, les faits, l'espoir"

Rédigée par le Professeur Luc Montagnier de l'Institut Pasteur, cette brochure illustrée vise à informer scientifiquement un large public sur le virus du sida et à répondre aux questions soulevées par la maladie dans la vie courante. Sont ainsi abordés les modes de transmission du virus, les symptômes et l'évolution de l'infection et la prévention des différentes transmissions. (2)



Si vous voulez consulter le guide, il est disponible dans certaines CLC et à Infor Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles. Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez contacter les auteurs: Lyne Dessureault et Dominique Daigneault, Centre des femmes de Verdun, 3993 Wellington, Verdun, H4G1V6, Canada.

Lors d'une rencontre organisée par le Centre de Coordination Communautaire, leur présentation suscita un débat animé. Sur base des références épidémiologiques existantes, le Docteur Vander Steichel de l'Oeuvre belge du cancer réagissait sur l'importance d'atteindre un poids santé et donc de maigrir si nécessaire. Après échanges d'arguments, de références scientifiques et d'analyse de situation, un consensus prenait malgré tout forme

autour de cette vision globale de la santé.

Mais pour la médecine, l'obésité reste un facteur de risque qu'il faut combattre en l'insérant dans une démarche de santé globale. Les animatrices mettaient en avant que l'obésité en tant que telle n'était pas nocive, reprenant l'idée de poids naturel; elles avançaient que les différences de poids répétées étaient dangereuses (certaines équipes de chercheurs font actuellement des études à ce propos au Québec).

Le débat en tout cas est ouvert et indique des sentiers nouveaux pour l'avenir.

L. DESSUREAULT, D. DAIGNEAULT, *L'obsession de la minceur, un guide d'intervention, Centre des femmes de Verdun, Québec, 1991, 155 pages.* ■

Un nouveau guide pour les ASBL

Le "Fichier COJ" est une édition revue et corrigée de l'ouvrage "Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur la gestion des associations volontaires de jeunesse et que vous n'avez jamais osé demander". Cet ouvrage a été conçu et réalisé par la Confédération des Organisations de Jeunesse (COJ), qui regroupe 26 organisations de jeunesse indépendantes et pluralistes reconnues par la Communauté française.

Le Fichier COJ se présente sous forme de fascicules autonomes. Le troisième de la série traite des "Aspects juridiques et fiscaux des ASBL - secteur non marchand" et est rédigé de manière à être accessible à des non-spécialistes du droit ou de la fiscalité.

Il s'adresse à tous ceux qui désirent mieux gérer leur association (maisons et centres de jeunes, centres d'expression et de créativité, organisations de jeunesse ou d'éducation permanente, centres culturels,...) pour mieux rencontrer leurs objectifs.

Fichier n°3 - Aspect juridiques et financiers des ASBL - secteur non marchand, disponible au prix de 350 francs (+ 50 francs de frais de port), à la Confédération des Organisations de Jeunesse, rue Traversière 8, 1030 Bruxelles, tél. 02/218.31.03.

Les deux premiers fichiers s'intitulent:

- Aides et subventions du Ministère de la Communauté française de Belgique aux organisations de jeunesse et d'éducation permanente;
- Aides et subventions de la Commission communautaire française et des Provinces aux organismes de jeunesse et d'éducation permanente. ■

Soigner en deux langues/ Ziekenverpleging in twee talen

Pour notre public d'infirmier(e)s, voici un livre bien utile pour communiquer avec des patients néerlandophones.

L'objectif de l'auteur, Huguette Fizaine, infirmière enseignante et licenciée en éducation pour la santé, était de favoriser au maximum les contacts du personnel hospitalier avec les malades quelle que soit leur appartenance linguistique.

Il s'agit en effet d'un remarquable travail au niveau du choix et de l'analyse de situations professionnelles: l'accueil, la réfection des lits, les lavements, l'opération... Cela est renforcé par l'éclairage sociologique et humoristique qui accompagne les situations. Cela passe par l'illustration mais aussi par la manière de structurer les chapitres; nous trouvons par exemple deux chapitres distincts: le premier sur les principales conju-

gaisons utilisées par l'infirmière et le deuxième sur les principales conjugaisons utilisées par le patient (à vous de deviner les différences entre ces deux chapitres!). Cela ne manque pas de saveur et de finesse dans la présentation.

Le texte est présenté intégralement dans les deux langues en regard l'une de l'autre, sous forme de dialogue. Il comprend des exercices en fin de chaque chapitre et un lexique français/néerlandais et néerlandais/français. Tout y est!

Voilà un livre à offrir à Rufin Grijp, lui qui s'inquiétait de l'accueil réservé aux patients néerlandophones dans les hôpitaux de la région bruxelloise!

HUGUETTE FIZAINE, *Soigner en deux langues, ziekenverpleging in twee talen, Ed. De Boeck, 1991, 307 pages, 850 FB.* ■

Tableau 5: utilité (en pourcents) correspondant à l'attitude face au sommeil

Items relatifs aux attitudes	utilité (%)
j'aime aller dormir	47.3 %
il faut aller se coucher dès qu'on a sommeil	26.7 %

Figure 1: comparaison entre l'heure réelle du coucher et l'heure souhaitée (en pourcentage du nombre d'enfants)

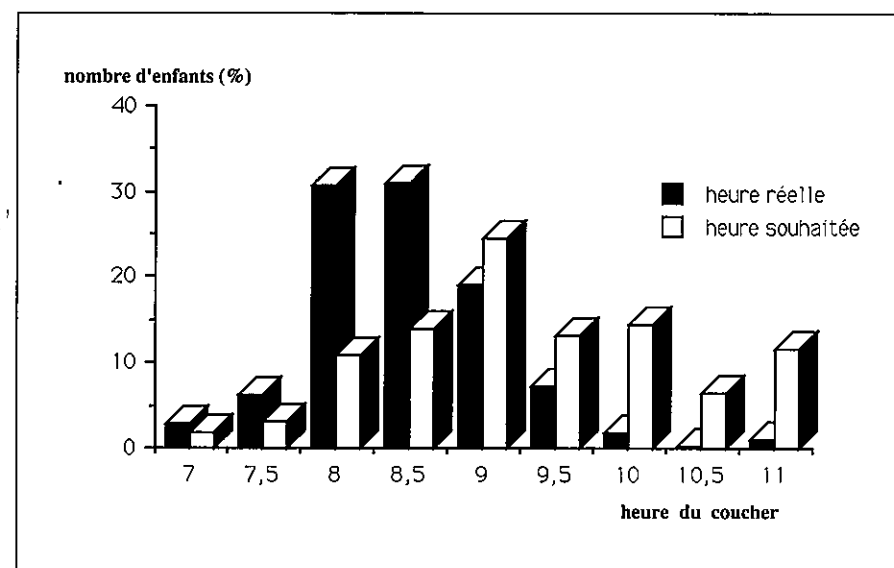


Tableau 6 : réponses positives (en pourcents) à différentes questions portant sur la télévision

Items relatifs à l'utilisation de la télévision	oui (%)
je regarde la télévision avant de dormir	80.0 %
de mon lit, j'entends la télévision regardée par mes parents	58.4 %
je m'endors parfois devant la télévision	29.1 %

Tableau 7: réponses positives (en pourcents) à différentes questions portant sur la prise de boissons

Items relatifs à la prise de boissons	oui (%)
je bois du coca en rentrant de l'école	31.0 %
je bois du café en rentrant de l'école	13.5 %
je prends une boisson excitante avant de dormir	25.2 %
je prends une boisson calmante avant de dormir	8.1 %

qui concerne l'heure souhaitée du coucher. Seulement 54.3 % des enfants souhaitent se coucher avant 9 heures et des pourcentages non négligeables sont encore observés vers 10h30 (6.4 %) et 11h00 (11.5 %).

D'autres questions portaient sur les comportements relatifs au coucher, à l'utilisation de la télévision, à la prise de boissons excitantes, de médicaments, à l'aération de la chambre, aux rites du coucher, aux comportements des parents assimilant lit et punition, et à l'environnement perturbant le sommeil.

Pratiquement la moitié des enfants (49.6 %) affirment ne pas aller se coucher au moment où ils sont fatigués.

Concernant l'usage de la télévision, les résultats sont repris dans le tableau 6.

Quatre-vingt pourcents des enfants regardent la télévision avant d'aller dormir; 58.4 % l'entendent de leur lit et près d'un tiers (29.1 %) s'endorment parfois devant le téléviseur. Ces résultats renforcent d'autant l'impression que les enfants ne se couchent pas lorsqu'ils sont fatigués.

Le tableau 7 reprend les résultats principaux concernant la prise de boissons en rentrant de l'école ou avant le coucher.

Nous constatons que peu d'enfants prennent une boisson calmante avant de dormir (8.1 %) alors que un quart des répondants (25.2 %) affirment prendre une boisson excitante avant de dormir. De même, près d'un tiers boit du coca en rentrant de l'école et 13.5 % du café, toutes deux reconnues comme boissons excitantes. Nous avons effectué des croisements entre ces questions et une question où nous demandions aux enfants s'ils s'endorment vite, et bien que les résultats ne montrent pas de différence statistiquement significative, les pourcentages les plus importants d'enfants qui disent ne pas s'endormir vite se trouvent systématiquement parmi les consommateurs de boissons excitantes, de café et de coca.

Une question porte également sur la prise de médicaments ou sirops: 30.6 % des enfants interrogés ont répondu en prendre parfois avant d'aller dormir, chose qui paraît pour le moins normale, puisque l'enquête a été réalisée en période hivernale. Mais pour 14.4 % d'entre eux, il n'y a pas, dans les réponses, de lien apparent entre la prise de médicaments avant le coucher et une quelconque maladie.

Nous remarquons aussi que près de la moitié des enfants (49.8 %) ne dorment jamais avec la fenêtre ouverte, 43.3 % des enfants le font en été et 6.9 % seulement le font toujours.

Tableau 8: réponses positives (en pourcents) à différentes questions portant sur les rites et habitudes des enfants

Items relatifs aux rites et habitudes liés à l'endormissement	oui (%)
je lis dans mon lit	70.4 %
on me raconte une histoire	6.9 %
je dors avec un nounours, une peluche,...	60.7 %
la lampe reste allumée toute la nuit	9.3 %
la lampe est allumée une partie de la nuit	25.2 %
la porte est ouverte toute la nuit	49.8 %

Tableau 9 : réponses positives (en pourcents) à différentes questions portant sur les troubles du sommeil

Items relatifs aux troubles du sommeil chez l'enfant	oui (%)
je ne m'endors pas vite	62.2 %
je ne dors pas assez	37.2 %
je dors trop	6.8 %
je me réveille parfois pendant la nuit	71.8 %
je me réveille toujours pendant la nuit	10.1 %
somnambulisme	23.3 %
énurésie	8.5 %

Quelques questions s'attardent sur les habitudes et rites d'endormissement des enfants (tableau 8).

Nous voyons que l'habitude de garder la porte ouverte toute la nuit et la lampe allumée une partie ou toute la nuit, est très courante chez les enfants de cet âge. Le fait de dormir avec une peluche est encore très présent (60.7 %) et le fait de lire dans son lit est également chose courante (70.4 %). Par contre, raconter une histoire aux enfants pour les aider à s'endormir semble une habitude qui se perd (6.9 %).

Il semble que l'environnement soit souvent perturbateur de leur sommeil puisque 50 % des enfants affirment que lorsqu'ils sont dans leur lit, les bruits de la maison les empêchent parfois de bien dormir, et un croisement effectué avec les résultats d'une question portant sur la rapidité de l'endormissement révèle une différence statistiquement significative (au seuil de 0.05): l'impression subjective d'un endormissement plus lent est plus fréquente si l'enfant est dérangé par les bruits de la maison.

D'autre part, les parents considèrent parfois le lit comme une punition comme le confirme cette enquête: 45.1 % des

enfants disent être parfois envoyés au lit comme punition et 0.9 % souvent.

Une autre série de questions porte sur les troubles du sommeil de l'enfant: les résultats apparaissent au tableau 9.

Nous observons que même chez l'enfant, l'évaluation subjective que laisse une nuit de sommeil n'est pas sans plainte: près des deux tiers trouvent l'endormissement trop long, 37.2 % ont l'impression de dormir trop peu et 6.8 % de dormir trop; 71.8 % se réveillent parfois et 10.1 % toujours, selon leurs dires pendant la nuit. Il est à noter que 82.8 % disent ne pas appeler leurs parents lorsqu'ils se réveillent pendant la nuit. Enfin, il semble que 23.3 % souffrent de somnambulisme et 8.5 % d'énurésie.

Discussion

Nous observons à travers les résultats que trop souvent, l'autorité parentale remplace l'écoute du corps en matière de sommeil des enfants: ce sont les parents qui disent quand l'enfant a sommeil et risquent d'envoyer l'enfant

au lit (pas sans problème, parfois) toujours à la même heure, quels que soient ses besoins de sommeil. D'autre part, il ne s'agit pas de supprimer l'autorité parentale par rapport au coucher si aucune action n'est entreprise. En effet, l'enfant ne connaît pas bien et ne respecte pas les signes annonciateurs du sommeil, il ne va pas dormir au moment où il a sommeil, s'endort devant le téléviseur et souhaite se coucher plus tard.

Par la prise de boissons excitantes et par le manque d'aération de la chambre notamment, il ne favorise pas non plus son endormissement ou son sommeil.

Nous savons que les connaissances, croyances, attitudes que les enfants ont face au sommeil sont des facteurs qui prédisposent à tel ou tel comportement. Il est important que l'enfant sache combien le sommeil est utile, que les rêves servent à quelque chose, que les besoins de chacun sont différents, qu'une tisane, une promenade, la toilette, le bol de lait chaud ou le bain sont des petits trucs que les enfants peuvent réaliser et qui peuvent les aider à trouver un bon sommeil, que les boissons excitantes sont à déconseiller, ...

Il faut aussi éduquer l'enfant pour que ses attitudes deviennent plus positives par rapport au sommeil, qu'il aime aller dormir.

Cependant, rappelons qu'il ne suffit pas d'accéder à un certain niveau de connaissances et d'adopter des attitudes favorables pour que le comportement soit modifié. C'est ainsi que, conformément à ce que d'autres auteurs ont décrit (GREEN, 1980) pour d'autres comportements de santé, nous observons que 93.8 % des enfants de l'enquête sont convaincus de l'utilité du sommeil, mais seulement 73.3 % sont favorables au fait d'aller se coucher quand on a sommeil et 50.4 % se couchent effectivement au moment où ils sont fatigués.

Conclusion

Le sommeil représente un problème de santé important en terme de santé publique chez l'adulte. L'enfant est également concerné, indirectement en tant que futur adulte, mais également directement avec ses problèmes spécifiques. Une partie de ces problèmes sont dus à des comportements inadéquats. Nous pensons qu'une action éducative auprès des enfants et de leurs parents pourrait avoir une répercussion positive sur leurs problèmes respectifs. Il peut s'agir également d'une manière indirecte de toucher les adultes. ■

Jean-Luc Collignon, Jacqueline Delville, Michel Mercier, Facultés Notre-Dame de la Paix

Lu pour vous

L'obsession de la minceur

Un guide d'intervention et deux animatrices venues du Québec pour nous parler avec conviction des femmes et de l'obsession de la minceur: "Nous croyons en effet que l'obsession de la minceur et particulièrement l'oppression faite aux grosses femmes est une réalité trop peu abordée par le mouvement féministe. Les pressions sociales exercées sur les femmes afin qu'elles soient minces les amènent à vivre une relation douloureuse avec la nourriture. Elles la considèrent comme une ennemie. Les normes sociales rigides, qui régissent les canons de beauté féminine, amènent les femmes à entretenir un rapport obsessionnel face à leur corps." (extrait du guide d'intervention).

Voilà le ton donné, mais de quoi s'agit-il?

Le Centre des femmes de Verdun au Québec propose un atelier "Obsession de la minceur" depuis 1985. Suite aux expériences d'animation, aux commentaires faits par les participantes, le contenu s'est peu à peu modifié d'une approche individuelle et psychologique vers une approche sociologique.

Résolument orientées à contrecourant des idées habituellement véhiculées (le vent soufflerait-il de l'ouest?), les auteures, Lyne Dessureault et Dominique Daigneault, développent avec compétence la thématique.

Pour vous éclairer sur le contenu, voici les objectifs généraux de l'atelier:

- dédramatiser les rapports conflictuels qu'entretiennent les femmes à l'égard de la nourriture et de leur corps;
- examiner les dangers auxquels s'exposent les femmes en voulant atteindre un idéal de minceur;
- permettre aux participantes de définir leur propre modèle de santé;
- faire connaître aux participantes la notion de poids naturel;

- promouvoir une image sociale de la beauté qui tienne compte du droit à la différence et de la diversité des corps;
- développer chez les participantes des habiletés d'affirmation de soi face à leur entourage immédiat et social.

L'atelier comprend 10 rencontres, et chacune des séances aborde un aspect particulier de la problématique.

Il repose sur un concept-clé: celui de **poids naturel**. C'est le poids que tout individu peut garder sans privation alimentaire sur une longue période de temps. Il varie d'une femme à l'autre selon l'hérédité, les expériences alimentaires pendant l'enfance, le nombre de cellules adipeuses, les différentes étapes de la vie des femmes (grossesse, ménopause) et le nombre de régimes suivis.

Voici les intitulés de chacune des séances:

- les standards de minceur;
- un peu d'histoire;
- mes émotions face à la nourriture;
- mon entourage familial;
- je choisis la santé;
- mon corps, je le regarde;
- être regardée;
- je me permets de manger;
- se faire plaisir;
- affirmer sa différence.

Les animatrices dénoncent les valeurs habituellement véhiculées par les média et la société: l'image de la femme, éternel de minceur et de jeunesse, présentée par les média et la publicité en est un exemple frappant. Elles dénoncent également les conséquences que cela peut avoir sur la vie et la santé des femmes. Au Canada, des femmes consultent des médecins spécialisés pour suivre des traitements présentant des risques importants pour la santé. Certaines vont jusqu'à accepter des interventions chirurgicales telles que des gastroplasties.

Les femmes se soumettent à des privations pour atteindre des standards de minceur; cela ébranle non seulement leur santé mais aussi l'estime qu'elles ont d'elles-mêmes: "Je ne suis pas capable de suivre un régime, je ne suis pas désirable,..."

L'objectif du travail réalisé dans l'atelier est d'amener les femmes à regarder leur corps de façon différente: non plus un corps en morceau (un bourrelet de graisse, des cuisses trop grosses,...) mais un corps entier. Se regarder et s'apprécier en entier et non plus focaliser son regard sur les endroits mal-aimés.

Un des principaux messages des animatrices est de permettre aux femmes d'identifier leur propre modèle de santé et de ne plus vivre le phénomène de perte et de reprise de poids qui est nocif à la santé. Il s'agit pour les femmes d'identifier leur modèle de santé et les moyens pour l'atteindre (alimentation équilibrée, exercice physique, détente, plaisir,...) et surtout de ne pas focaliser sur un facteur de risque (la grosseur). Pour les animatrices, il est fondamental de dissocier la grosseur de la santé.

Ce message s'adresse à l'ensemble de la population et pas uniquement aux personnes grosses: être mince et mener une vie sédentaire avec de mauvaises habitudes alimentaires est plus dangereux pour la santé de l'individu.

Encore une remarque sur la qualité du travail réalisé: que ce soit au niveau des informations présentées ou sur le plan méthodologique (objectifs généraux et spécifiques, moyens et résultats attendus sont spécifiés pour chaque séance), ou encore sur le plan de la présentation (mise en page et graphisme original et humoristique), ce guide est d'un cru supérieur. Si cela vous met l'eau à la bouche pour en savoir plus, n'hésitez pas à le consulter.

Voilà sans doute un bol d'air frais pour pas mal de femmes de chez nous aussi.

Je suis bien dans ma peau

"Être bien dans sa peau, c'est facile à dire mais pas toujours à vivre... Physiologiquement et mentalement, il y a des périodes plus difficiles que d'autres. L'adolescence est de ces périodes qui amènent beaucoup de questions. Tu peux ressentir des sentiments contradictoires de plaisir, d'inquiétude, un malaise parfois indéfinissable.

La puberté, c'est aussi ton corps qui se transforme et qu'il faut apprivoiser. Alors, parmi tous ces changements, comment prendre soin de ta peau?"

Ainsi commence le nouveau dépliant édité par Infor Santé, qui traite des problèmes d'hygiène spécifiques à l'adolescence. Il aborde les questions suivantes: à quoi sert la peau, les changements de la peau à la puberté, les soins d'hygiène, le "bon usage" des produits cosmétiques, l'acné, les cheveux gras, la transpiration, la peau et le soleil.

Vous pouvez obtenir un spécimen gratuit du dépliant et l'affiche correspondante (31 x 43 cm) sur simple demande à Infor Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles, tél.: 02/237.48.53.

Vous pouvez aussi vous abonner en envoyant un billet de cent francs à la même adresse. Vous recevrez ainsi 8 dépliant trimestriels dans les deux années à venir. ■

Être parents, pas si facile !

Le Comité français d'éducation pour la santé lance une campagne de sensibilisation des jeunes parents au problème de la maltraitance des enfants.

Partant de la constatation que certains cas de maltraitance ont pour origine le surmenage des parents, la fatigue et la dépression, le Comité a réalisé une brochure en couleurs très agréable à parcourir, où il tâche de leur faire comprendre qu'il est tout à fait normal, à certains moments, d'être fatigué, débordé, de ne plus supporter les pleurs d'un nouveau-né... La brochure les incite aussi à faire doucement connaissance avec leur enfant, à l'écouter et à l'encourager pour ses progrès; ou aussi à chercher de l'aide si vraiment plus rien ne va.

Cette brochure est le fruit d'une collaboration entre le CFES, la Fondation pour l'Enfance et les éditions Bayard Presse Jeunes.

Être parents, pas si facile!, brochure disponible au CFES, rue Auguste Comte 2, F-92170 Vanves, France. ■

Mon ami(e) a le sida

Le Centre de Prise en Charge des Cliniques Universitaires Saint-Luc (UCL) a réalisé une série de brochures destinées à informer les patients séropositifs ou ayant le sida sur divers aspects de leur traitement et des examens qu'ils vont devoir passer.

Certaines sont très techniques (Vous allez subir un examen du fond de l'oeil - Vous allez subir une fibroscopie des bronches - Je prends du Retrovir -...), d'autres s'attachent plutôt à l'environnement et à la vie quotidienne du patient (Pour une alimentation saine et équilibrée - Je suis séropositif(ve), mon style de vie doit-il changer? -...).

L'une d'elles est particulièrement destinée à la compagne (au compagnon) d'un patient atteint du sida. Elle lui explique en quoi elle (il) peut lui être d'une grande utilité tant au niveau psychologique qu'au niveau de l'aide technique (soins à domicile, démarches administratives,...).

Ces brochures ont été réalisées avec l'aide de l'Agence Prévention Sida.

Renseignements auprès de Véronique Hoevenaeghel, Secrétariat du Centre de Prise en Charge, Cliniques Universitaires Saint-Luc, avenue Hippocrate 10, 1200 Bruxelles, tél. 02/764.36.69. ■

Question Santé, 100ème

Et oui, Question Santé a bien publié à ce jour 100 fiches d'information grand public, tentant ainsi de passer en revue les problèmes de santé les plus fréquents et de répondre au mieux aux questions de ses abonnés.

La fiche du mois de mai 1992 (n°99) concerne les systèmes osseux et musculaire, les maladies pouvant les atteindre

et les façons de les maintenir en bon état. Une bonne place est donc laissée à l'exercice physique qui permet de prévenir et de remédier à certains problèmes.

La fiche du mois de juin 1992 (n°100) présente les diverses formes de l'hépatite; pour chacune, elle décrit le mode de transmission, l'évolution de la maladie, le traitement et la prévention qui passe la plupart du temps par la vaccination des personnes à risques.

Question Santé, rue du Viaduc 72, 1050 Bruxelles, tél. 02/512.41.74. ■

La santé sans pépins

La qualité de l'alimentation distribuée aux élèves fréquentant les institutions provinciales d'enseignement fait partie des préoccupations de la Province de Brabant depuis de nombreuses années.

Afin de permettre aux éducateurs à la santé, qu'ils soient parents ou qu'ils fassent partie du corps enseignant, parascolaire ou paramédical, de disposer d'un outil pédagogique de référence, la Province de Brabant vient de rééditer la brochure "La santé sans pépins", élaborée en 1987 pour le Comité interprovincial de Médecine Préventive par le service de diététique de l'Institut Médico-Social de la Province de Brabant.

Au sommaire, les grandes notions de base en matière nutritionnelle: pourquoi se nourrir (eau, énergie, protéines, vitamines, sels minéraux, fibres); comment se nourrir (répartition des apports alimentaires au cours de la journée, boissons et aliments, sport et alimentation).

En outre, le document contient une partie proposant rations et plans alimentaires en fonction de l'âge. Les besoins d'un enfant de 4 ans ne sont pas les mêmes que ceux d'un élève de rhétorique...

Enfin, "La santé sans pépins" fournit un tableau comparatif des principaux corps gras, de leurs avantages et inconvénients, de leur utilisation à chaud et à froid.

Un regret, la médiocrité de la mise en page et la laideur des illustrations, d'autant plus visibles que la brochure est imprimée sur un beau papier satiné...

La santé sans pépins, disponible gratuitement à l'Institut Médico-social du Brabant, Service Diététique, rue de l'hôpital 35, 1000 Bruxelles. ■

Petit Déjeuner Malin 92-93

Depuis 2 ans, Question Santé, en collaboration avec l'ICAN et Kellogg's organise des Petits Déjeuners Malins dans les écoles. 900 élèves furent touchés lors du projet pilote en 1989; plus de 16.000 élèves auront l'occasion de participer à l'action pour le programme 1992/1993. 85 écoles seront ainsi visitées en Communauté française et 85 écoles néerlandophones bénéficieront également du programme. Les élèves du 2ème cycle de l'enseignement primaire, c'est-à-dire les élèves de 8 à 10 ans, sont visés par les actions Petit Déjeuner Malin.

Les objectifs généraux de la campagne sont les suivants:

- augmenter sensiblement la proportion d'élèves qui prennent un bon petit déjeuner;
- à plus long terme susciter l'acquisition par les élèves de bonnes habitudes alimentaires.

L'action Petit Déjeuner Malin ne se limite pas à installer la consommation par les élèves d'un petit déjeuner équilibré: plus largement, elle vise aussi à susciter, dans l'ensemble de la communauté éducative, une réflexion sur l'alimentation en général, ainsi qu'une amélioration des habitudes alimentaires. Au-delà le programme vise également à susciter une synergie et un dynamisme au sein des écoles afin que chacun, en fonction de sa responsabilité, puisse agir pour l'amélioration de l'environnement nutritionnel à l'école et en dehors de l'école.

Le Comité Scientifique

Le projet se poursuit et se répète depuis deux ans maintenant. Cela permet chaque année de l'améliorer, de l'affiner, d'en préciser les objectifs. Les évaluations qui sont faites aux différentes phases du projet permettent également de l'adapter afin qu'il corresponde au mieux aux attentes des écoles.

Ce travail et cette réflexion nécessitaient, à notre avis, un regard critique et scientifique que les responsables du projet, impliqués dans les réalités de l'organisation concrète risquaient de ne pas toujours avoir.

C'est pourquoi un Comité Scientifique a été constitué. Ce comité est composé de pédagogues, de spécialistes de l'éducation pour la santé et de spécialistes de la nutrition. Son rôle est de rendre des avis éclairés sur les orientations générales du programme Petit Déjeuner Malin.

Ce Comité Scientifique est composé de:

- * Michel Andrien, chercheur en sciences de l'éducation, Université de Liège;
- * Robert Bontemps, médecin à Question Santé;
- * Anny Closset, licenciée en pédagogie, coordinatrice de l'ICAN;
- * Michèle Guillaume, chercheur en nutrition, Université Catholique de Louvain;
- * Bernadette Lambrechts, responsable de projet, Question Santé;
- * Marianne Prévost, sociologue, Université Libre de Bruxelles;
- * Maïa Baudelaire, chargée des programmes nutrition, Kellogg's Benelux.

Matériel de la campagne Petit Déjeuner Malin 1992/1993

Le cahier de l'élève. Chaque élève reçoit un livret Petit Déjeuner Malin. Celui-ci permet à l'élève de suivre les aventures d'un petit garçon qui apprend à se "débrouiller" pour équilibrer son alimentation. Ce document est réalisé par l'ICAN.

Document pédagogique enseignants. Entièrement réécrit cette

année par l'ICAN en collaboration avec le Comité Scientifique, ce document est un support pour tout projet d'éducation nutritionnelle et de promotion de la santé à l'école.

La première partie du document reprend les principes de base en matière de nutrition. La seconde partie définit les objectifs d'un projet pédagogique autour de la nutrition et propose une série d'activités que l'enseignant peut réaliser en classe, avec en support des planches d'activités, à photocopier par les élèves.

Autres documents disponibles:

- **La fiche Petit Déjeuner Malin** remise aux enfants à l'intention des parents;
- **L'affiche Petit Déjeuner Malin.** Cette affiche est donnée à chaque classe visitée. Elle est également à la disposition de toute personne intéressée;
- **La série de sets de table Petit Déjeuner Malin.** Les sets de table sont un moyen de mettre une note gaie et stimulante sur le plateau du petit déjeuner. Ces sets de table seront aussi distribués dans des snacks et restaurants offrant des petits déjeuners à leur clientèle.

Ces documents (affiche et sets de table) sont avant tout éducatifs et informatifs. Mais nous avons également veillé à ce qu'ils soient gais et dynamiques et qu'ils donnent envie de prendre chaque jour un petit



déjeuner équilibré. Ils seront distribués à l'occasion des animations Petit Déjeuner Malin. Chaque enfant emportera dans sa famille la série de sets de table et l'affiche. Cette démarche permettra aux parents, aux frères et soeurs d'être également informés.

L'affiche et la série de sets de table sont également disponibles en en faisant la demande écrite à Question Santé (joindre 2 timbres à 15 francs pour les frais d'envoi).

Les animations dans les classes

Nous avons voulu cette année mettre l'accent sur la collaboration avec les enseignants. C'est pourquoi le processus d'intervention au niveau des écoles est un peu modifié.

L'animateur deviendra également un "conseiller pédagogique" pour l'enseignant. En plus des animations qu'il fera directement dans les classes avec les élèves, l'animateur consacra un temps de son intervention à discuter avec les instituteurs sur les moyens à mettre en oeuvre pour préparer une action d'éducation nutritionnelle dans son école.

L'objectif de cette discussion préalable est de valoriser l'animation Petit Déjeuner Malin en veillant à ce qu'elle soit intégrée dans un projet plus large de promotion de la santé.

Cette rencontre est également l'occasion de présenter le document de l'enseignant qui pourra servir de support à tout programme pédagogique mis en place autour du Petit Déjeuner Malin.

La "leçon"

Lorsque l'animateur rencontre les élèves, en principe, il arrive dans un terrain qui n'est plus "vierge" puisque l'instituteur aura déjà travaillé avec les élèves. Dès lors, le rôle de l'animateur en tant qu'intervenant extérieur est essentiellement de préciser un certain nombre d'informations, de remettre en place un certain nombre d'idées, de corriger éventuellement les idées fausses.

Le contenu de cette leçon dépendra aussi de ce qui aura été décidé lors

de la rencontre préparatoire avec les enseignants.

Le Petit Déjeuner Malin: dégustation

Une table/buffet est dressée, en prenant soin de répartir les aliments en fonction de leur groupe alimentaire. La consigne donnée aux enfants est d'équilibrer leur repas en prenant au moins un aliment dans chacun des groupes.

Dans le cadre de la préparation, les instituteurs et l'animateur veilleront à rendre le cadre du petit déjeuner agréable.

La dégustation du petit déjeuner, c'est aussi l'occasion d'attirer l'attention des enfants sur leurs attitudes à table, sur l'hygiène avant, pendant et après le repas. Dans la mesure du possible, les parents seront invités au petit déjeuner.

Nous l'avons déjà dit, et nous insistons sur le fait qu'il serait dommage que le programme Petit Déjeuner Malin s'arrête à ces deux interventions ponctuelles. Bien sûr l'instituteur ne va pas parler de petit déjeuner ou même de l'alimentation tout au long de l'année. Il y a un programme scolaire qu'il faut respecter, et il y a d'autres activités tout aussi intéressantes à réaliser en classe.

Mais notre souhait, prioritaire pour cette année scolaire, est que l'enseignant et sa classe puissent rendre plus personnelle cette intervention, qu'elle soit adaptée en fonction des spécificités de la classe, de la région, etc...

L'imagination, ne manque pas chez les enfants et chez les instituteurs et c'est cela que nous voulons valoriser.

Le symposium "Une école à croquer"

Le rôle d'un organisme spécialisé en éducation pour la santé est sans doute d'être un intervenant extérieur dans les écoles et de mettre à

la disposition des écoles, du matériel pédagogique et des outils spécialisés.

Mais, notre expérience dans les écoles nous indique qu'il peut aussi être intéressant de faire sortir les enseignants de leur école et de leur permettre de se rencontrer.

En effet, nous avons pu constater que des expériences tout à fait intéressantes sont menées dans différentes écoles, souvent de façon isolée alors que les enseignants, les responsables d'écoles, les éducateurs spécialisés pourraient se rencontrer et échanger leurs expériences.

C'est dans cette optique que Question Santé organise en collaboration avec l'ICAN et la Croix-Rouge et avec le soutien de Kellogg's une rencontre sur le thème de l'éducation nutritionnelle à l'école.

Pour cette première édition, nous avons plus particulièrement ciblé les enseignants et les membres de la communauté éducative de l'enseignement fondamental (maternel et primaire).

La journée sera divisée en deux parties. Des programmes d'éducation nutritionnelle belges et étrangers seront présentés en séance plénière le matin. En début d'après-midi, les participants se répartiront entre différents ateliers. Ces ateliers leur permettront de découvrir du matériel pédagogique original, de tester des techniques d'animation particulière (l'apprentissage du goût, l'expression théâtrale comme technique d'éducation pour la santé,...), de confronter leurs expériences avec des professionnels de l'éducation nutritionnelle, etc.

Ils auront également l'occasion de voir la plupart des outils pédagogiques destinés à l'éducation nutritionnelle utilisés en Communauté française et même dans d'autres pays. Une exposition permettra également de présenter les réalisations faites par les enseignants eux-mêmes.

Nous souhaitons que cette séance de travail se fasse dans un cadre convivial et agréable, c'est pourquoi nous avons choisi de nous rencontrer sur les rives de la Meuse, à Wépion. Le symposium "Une école à

Parents-Secours à Verviers

Lancé au Québec voici plus de 15 ans, le mouvement "Parents-Secours" s'est peu à peu développé dans notre pays.

C'est ainsi qu'à Verviers, sur base de ce concept, l'association "Enfants-Sécurité" due à l'initiative du Centre wallon d'Animation et de Coopération se donne comme objectif de développer la sécurité des enfants et ce, en collaboration avec un organisme liégeois, l'asbl "Assistance à l'Enfance" qui a, le premier, développé cette action en Belgique.

Objectifs du mouvement

Le mouvement Parents-Secours a pour objectif la protection des enfants dans la rue et les endroits publics.

Etre "Parent-Secours", ce n'est pas être disponible 24 heures sur 24 ou modifier sa façon de vivre: c'est tout simplement se montrer prêt à aider un enfant en difficulté; toutes les situations de la vie courante peuvent amener un enfant chez un Parent-Secours: qu'il soit perdu, malade, effrayé par un chien, suivi par un inconnu... le Parent-Secours est là pour le rassurer.

L'intervention

Les Parents-Secours sont des "parents-relais" à un moment où les parents de l'enfant ne sont pas là pour l'aider. Le rôle du Parent-Secours est d'abord de rassurer et d'aider l'enfant, de contacter ses parents.

Certaines situations d'urgence ne peuvent être résolues par un retour

aux parents: lorsque ceux-ci sont absents ou lorsque l'enfant est maltraité et/ou vit des problèmes familiaux graves.

Le mouvement Parent-Secours dispose d'une permanence 24 heures sur 24 et travaille en étroite collaboration avec les autorités judiciaires. Dans les cas d'urgence de type social, le juge autorisera le placement de l'enfant chez un Parent-Secours pour une période de courte durée (maximum 48 heures), le temps de prendre une décision appropriée.

Qui peut être Parent-Secours?

Le Parent-Secours est tout simplement quelqu'un qui se sent concerné par l'enfant et ses problèmes. Il n'existe aucune exigence par rapport à l'état civil, au sexe ou à la nationalité. Une enquête de moralité effectuée par la police locale déterminera si le candidat répond aux critères exigés; le mouvement se montrera particulièrement attentif aux problèmes de drogues, d'alcool et de moeurs.

Le Parent-Secours n'a pas besoin d'une formation particulière: il n'est ni un psychologue ni un médecin. Il ne doit prendre aucune initiative personnelle dans les cas graves, si ce n'est de prévenir la permanence du mouvement et, en cas d'urgence, appeler un médecin.

Prévention et solidarité sociale

Parallèlement à la structure des Parents-Secours, le mouvement

mène une action préventive dans l'enseignement maternel et primaire, touchant ainsi une tranche d'âge particulièrement vulnérable, à savoir les enfants de 3 à 12 ans.

Les animations dans les écoles visent à susciter chez l'enfant une démarche d'auto-protection. Elles sont axées sur la prévention, en apprenant aux enfants:

- à respecter les règles de sécurité élémentaires;
- à éviter un inconnu;
- à reconnaître les pancartes-fenêtre Parents-Secours et à utiliser le mouvement à bon escient;
- à mémoriser l'emplacement des pancartes-fenêtre Parents-Secours dans leur quartier;
- à trouver une alternative s'il n'y a pas de Parent-Secours à proximité.

Au niveau de la prévention, le mouvement a la volonté d'associer les parents et les enseignants de manière très directe: la démarche engage tous les membres de la collectivité éducative et de la famille dans un processus évolutif.

La prise en charge totale de la protection d'un enfant ne peut être le fait d'une seule personne ou d'un seul organisme; chacun est concerné.

Une des conséquences du mouvement Parents-Secours - et non des moindres - est de provoquer une augmentation de la solidarité pour assurer aide et protection aux enfants dans la rue et les endroits publics.

Que les Parents-Secours interviennent le plus souvent pour un pantalon déchiré importe peu! Le principal est que les enfants sachent que ce recours existe pour eux, en cas d'urgence: pour un enfant, l'urgence peut être un pantalon déchiré... ou un fait divers.

Tous les renseignements pratiques peuvent être obtenus auprès des promoteurs du projet: Claire Sarlet et Jean-Jacques Hauzeur, Tribomont 69, 4851 Wegnez, tél. 087/46.01.07.

Jean-Claude Lesuisse, C.L.C. de Verviers ■

Le droit de mourir dans la dignité

L'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (ADMD) a été constituée en asbl le 24 avril 1982, après avoir fonctionné comme association de fait depuis juin 1981. Quelques personnes de professions diverses, venant d'horizons philosophiques et politiques différents, soucieuses du maintien de la dignité face à la mort, ont pensé qu'il était indispensable de créer une telle association en Belgique, comme il en existe en Grande-Bretagne depuis près de 50 ans, et, depuis moins longtemps, en France, en Suisse, en Allemagne, aux Pays-Bas, aux Etats-Unis, en Australie, au Japon, etc.

Assez paradoxalement, ce sont les progrès de la médecine qui ont suscité la naissance de ces groupements. En effet, si la médecine a engrangé des résultats remarquables, si elle a pu sauver des millions de vie et soulager un plus grand nombre de souffrances, elle est aussi capable de maintenir artificiellement en vie des êtres arrivés au stade ultime de leur existence. Ces êtres sont souvent dans un état de déchéance physique et morale telle que la médecine ne fait, comme le dit Pierre Chaunu, que "prolonger entre la vie et la mort le temps incertain d'interminables agonies".

Bien des gens aujourd'hui redoutent une fin aussi inhumaine et veulent garder la possibilité de décider eux-mêmes si un traitement doit être poursuivi ou interrompu. Ils considèrent qu'ils sont seuls à même de juger si leur vie, dans ses moments ultimes, vaut la peine d'être prolongée. Une telle décision implique une connaissance précise du pronostic de la maladie et suppose un dialogue sincère entre le malade et son médecin.

L'ADMD a précisément pour but de faire reconnaître à chacun le droit de refuser l'acharnement thérapeutique, le droit d'être informé sur son état, le droit de faire respecter ses volontés, y compris éventuellement celle de renoncer à la vie. Elle lutte pour la dignité de l'individu jusqu'à l'extrême limite de son existence. Elle propose à ses membres un modèle de testament de vie intitulé "Dernières volontés relatives à ma mort". Ce testament présente quelques-unes de ces volontés, telles le refus d'être maintenu artificiellement en vie "dans un état de déchéance physique, intellectuelle ou morale, dès qu'il n'y a plus d'espoir raisonnable de guérison", la demande de recevoir les médicaments nécessaires pour apaiser les souffrances, même s'ils doivent hâter la mort, l'application de l'euthanasie active.

Il va de soi que l'ADMD ne donne pas de noms de médecins qui seraient prêts à "aider" un malade à mettre fin à ses jours et ne fournit ni médicaments, ni prescription médicale.

Le combat pour obtenir le respect des droits de chacun face à la mort est engagé depuis quelques années dans un grand nombre de pays. Seule la pression de l'opinion publique peut aboutir à faire reconnaître ces droits et les associations comme l'ADMD constituent le moyen le plus efficace pour y parvenir. Nous devons donc être nombreux. Rejoignez-nous. ■

Dr Y. Kenis, Président

Renseignements: Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité, rue du Président 55, 1050 Bruxelles. Tél.: 02/502.04.85.

A.I.R.

L'Association des Insuffisants Respiratoires s'adresse aux patients atteints de bronchite chronique, asthme ou emphysème. Ces affections touchent environ 10% de la population adulte en Belgique, soit 400.000 personnes.

L'A.I.R. est organisée en Régionales couvrant la Communauté française et administrée conjointement par des patients, leurs médecins, kinés et infirmiers et la Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Education à la Santé (FARES).

Son objectif: éduquer les patients à leur maladie et les aider à vivre mieux malgré leurs limitations respiratoires. Grâce à une rééducation de la respiration, un réentraînement physique à l'effort et un support psychosocial, l'insuffisant respiratoire peut progressivement reprendre confiance dans ses moyens et retrouver le goût des activités familiales, sociales et de loisirs.

L'A.I.R. publie une revue mensuelle pour l'information de ses membres, autant sur leurs problèmes de santé que sur le calendrier de diverses activités de loisirs.

La revue du mois de juin était un numéro spécial consacré à la Journée mondiale sans tabac et le problème du tabagisme en entreprise.

Renseignements: Association des Insuffisants Respiratoires, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles, tél. 02/512.20.83, fax 02/512.32.73.

Inventaire des groupes d'entraide dans la Communauté française de Belgique - mise à jour

Madame Frédéric, Présidente du GREMAA, le "Groupe de Réflexion sur les risques de l'Environnement urbain et les Maladies Allergiques liées à l'Atopie", nous signale que ce dernier ne souhaite plus être repris dans l'Inventaire (rubrique Allergie). Dont acte.

croquer" aura lieu le samedi 17 octobre au Novotel de Wépion de 8h30 à 17h00. L'information a été envoyée à la plupart des écoles de la Communauté française qui ont bien répondu, puisque les 300 places prévues sont réservées depuis la fin du mois de juin.

Nous pouvons donc constater, que, malgré les difficultés qu'ont connues et que connaissent encore les enseignants, le dynamisme et les bonnes idées ne manquent pas au

sein des écoles. La volonté des différents partenaires du projet, Question Santé, l'ICAN et Kellogg's est de mettre en place un programme d'éducation nutritionnelle dont l'objectif est bien sûr d'améliorer les comportements alimentaires et donc la santé des enfants. Mais notre volonté est aussi de valoriser le potentiel qui existe au sein de chaque école. ■

Docteur Robert Bontemps, Directeur scientifique à Question Santé

50% des enfants déclarent prendre leur petit déjeuner avec leurs parents, leur(s) frère(s) et/ou leur(s) soeur(s). Une faible minorité d'entre eux mangent seuls.

L'étude francophone révèle par contre un pourcentage plus élevé (environ 30%) d'enfants qui prennent leur petit déjeuner avec leur(s) frère(s) et/ou soeur(s) uniquement. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'il y avait davantage d'enfants d'immigrés dans l'étude francophone.

Ceci indique qu'il est également important d'informer les enfants et les jeunes, même lorsqu'ils sont plus âgés.

Ceux-ci peuvent en effet jouer un rôle non négligeable dans l'amélioration des habitudes alimentaires de leurs cadets.

Quelle efficacité pour le Petit Déjeuner Malin?

Pour vérifier dans quelle mesure une campagne d'information peut modifier les habitudes alimentaires des écoliers au petit déjeuner, un test d'évaluation a été réalisé dans la partie francophone et dans la partie néerlandophone du pays. L'évaluation francophone du programme Petit Déjeuner Malin a été menée pendant l'année scolaire 1990-1991 par un médecin travaillant chez Question Santé tandis que l'étude réalisée en Flandre pour le programme Snugger Ontbijt, au cours de l'année scolaire 1991-1992 a été confiée à un étudiant en diététique.

Il semblait intéressant de vérifier si les conclusions de ces deux tests étaient comparables ou si, au contraire, elles divergeaient.

Les résultats de ces évaluations doivent être considérés à titre indicatif, les tests n'ayant pas été réalisés dans les conditions indispensables à toute recherche scientifique.

La procédure suivie a été, à quelques points près, identique pour les deux études. L'étude néerlandophone a porté sur 6 écoles tandis que l'étude francophone a demandé la collaboration de 9 écoles (5 à Bruxelles et 4 en Wallonie). Les élèves interrogés avaient en moyenne 9 ans. Chacun d'eux avait été invité à répondre à deux listes de questions: une avant et une après l'animation.

Les questions étaient ouvertes et fermées.

Pour ce qui est des résultats, il est intéressant d'opérer une distinction entre d'une part la façon dont évolue le comportement des enfants par rapport au petit déjeuner, et d'autre part la façon dont leurs connaissances par rapport à l'alimentation sont influencées par ce type de campagne.

Comportement

Le nombre d'enfants qui prenaient un petit déjeuner **chaque matin** avant l'animation concorde de manière surprenante dans les deux études (**environ 65%**). Après l'animation, ce nombre n'a pas augmenté de façon réellement spectaculaire.

En règle générale, le petit déjeuner se compose de pain accompagné de confiture, de chocolat, de miel, etc. Dans la pratique, les enfants qui prennent "parfois" un petit déjeuner le font souvent uniquement durant le week-end ou pendant les vacances.

A la question de savoir en compagnie de qui ils prennent leur petit déjeuner, les enfants donnent des réponses très divergentes. Dans l'étude néerlandophone, quelque

Opinions

Il faut remarquer que les enfants qui prennent tous les jours un petit déjeuner sont rarement en mesure d'en expliquer l'importance.

Parmi les raisons qu'ils invoquent, le fait d'éviter d'avoir faim ou soif au cours de la matinée semble primer.

Ce n'est qu'à de rares occasions qu'ils décrivent le petit déjeuner comme un moment agréable de la journée.

Les enfants qui ne prennent pas de petit déjeuner donnent à ce sujet différentes raisons. Dans la plupart des cas, ils affirment ne pas avoir faim. Mais d'autres déclarent souvent ne pas avoir le temps, ni l'envie, des excuses qui sont également monnaie courante chez les adultes. Il ressort également des réponses qu'un certain nombre d'enfants ne prennent pas de petit déjeuner tout simplement parce que rien n'a été préparé. Ce qui nous amène une fois de plus à souligner le rôle important des parents dans l'apprentissage d'habitudes alimentaires saines.

Tout comme le comportement, l'opinion vis-à-vis du petit déjeuner semble être peu influencée par une campagne d'information dont l'animation est isolée.

De ces informations, on peut déduire qu'il est indispensable de ne pas se limiter à une seule intervention pendant l'année, et qu'il est important que l'enseignant puisse intégrer les informations sur l'alimentation dans d'autres activités pédagogiques.

Cela souligne l'importance d'une information qui touche l'enfant également en dehors de l'école.

Enfin, de telles données justifient également une campagne de sensibilisation du grand public.

Connaissances

Contrairement au comportement et aux opinions, il est clair que les

connaissances en matière d'alimentation ont subi une influence positive suite aux animations Snugger Ontbijt et Petit Déjeuner Malin.

On a constaté que le nombre de réponses correctes quant aux groupes alimentaires, et quant à leur rôle augmentait sensiblement après les animations.

Les enfants ont sans conteste approfondi leurs connaissances en matière d'habitudes alimentaires saines. ■

Margiet Rosier, diététicienne, Omtrent Gezondheid

Omtrent Gezondheid, Sans-Souci-straat 65, 1050 Brussel, Tél:02/512.41.74.

La dépression n'est pas une fatalité

L'expérience louviéroise face à l'exclusion sociale

Introduction

C'est de la pratique quotidienne qu'est né le questionnement de l'équipe du Centre de Guidance Psychologique de La Louvière. Et de ce questionnement sont issues deux recherches portant sur le cas particulier des **familles précarisées** (Libine, 1991; Borakis, 1992).

Précisons leur histoire et leur devenir: les crises pétrolières successives ont durement touché la région du Centre: on y dénombre de nombreuses familles avec des bas niveaux de revenus et un taux élevé de chômage. Les problèmes d'endettement et de surendettement sont fréquents.

La fragilité des familles précarisées peut se comprendre par l'accumulation de plusieurs facteurs d'insécu-

rité: des facteurs socio-économiques déjà cités de même que des facteurs somatiques (maladies mentales et physiques, invalidités ...), des facteurs relationnels (ruptures, pertes, violences familiales ...) et des facteurs culturels (immigration, perte d'identité sociale ...).

On sait qu'il existe une relation entre les classes sociales défavorisées et la fréquence et l'importance des problèmes de santé. Sur le plan mental, **la dépression nerveuse** est l'affection la plus prévalente.

Depuis plusieurs années le centre de guidance constate dans sa clientèle une recrudescence des formes de dépression caractérisées par l'inertie, l'absence de projet et l'anesthésie affective. Ces dépressions touchent aussi bien les adultes que les enfants. Elles ne sont bien souvent pas dépistées ni traitées dans la mesure où la famille n'en parle pas. C'est parfois après des années de guidance que telle personne nous dit à quel point elle a été déprimée. Remarquons que la dépression elle-même entraîne une perte d'intérêt

Les habitudes alimentaires des enfants

Le petit déjeuner des écoliers se compose le plus souvent de pain accompagné de confiture, de chocolat, de miel, etc.

Le lait est la boisson la plus consommée au petit déjeuner.

Le groupe des fruits et légumes est fortement négligé au petit déjeuner. Les fruits sont néanmoins assez appréciés à dix heures surtout dans les cas où la vente de friandises et de boissons fraîches est interdite à l'école.

Un grand nombre d'enfants mangent le matin en compagnie de leur(s) frère(s) et soeur(s). D'où l'importance d'informations en matière d'alimentation également ciblées sur les enfants et sur les jeunes plus âgés. Un autre facteur peut être pris en considération à ce niveau, à savoir le fait que le nombre d'enfants qui déjeunent tous les jours diminue avec l'âge!

La régularité du petit déjeuner. Quelque 65% des jeunes de 9 ans interrogés dans le cadre des deux études prennent quotidiennement un petit déjeuner, un pourcentage qui n'augmente pas de façon spectaculaire après l'animation.

Une campagne d'information isolée influence bel et bien les connaissances en matière d'alimentation mais ne suffit pas, selon toute apparence, pour modifier radicalement les comportements et les jugements vis-à-vis du petit déjeuner.

Ceci conduit à la conclusion qu'il faut informer toutes les personnes faisant partie de l'entourage des enfants (parents, frères et soeurs aînés, école, centre P.M.S., médias, etc.)

Prix éducation et formation à la prévention

1992 est l'Année européenne pour la sécurité, l'hygiène et la santé sur le lieu de travail. La prévention des risques professionnels est une action permanente dont les enjeux sociaux et économiques sont considérables. L'homme en est l'élément central et la préservation de sa santé le but ultime.

Consciente de cette situation, l'Association internationale de sécurité sociale lance le Prix éducation et formation à la prévention, avec le soutien de la Commission des Communautés européennes.

Ce concours recueillera, récompensera et fera connaître à l'ensemble de la communauté internationale les meilleurs produits d'éducation et de formation à la prévention des risques pour la santé et la sécurité.

Il s'adresse aux écoles, aux universités, aux organismes de formation et aux entreprises, quel que soit leur secteur d'activité, mais plus particulièrement les secteurs de l'agriculture, de la pêche, du bâtiment et des travaux publics.

L'objectif de ce concours, qui devrait revêtir une périodicité annuelle, est la constitution d'une banque de données internationale qui rassemblera toutes les initiatives publiques et privées dans le domaine de la formation et de l'éducation à la prévention des atteintes à la santé.

Les dossiers de candidatures devront parvenir au plus tard pour la fin octobre 1992 à l'adresse suivante: Comité International de l'A.I.S.S., "Education et formation à la prévention", Année européenne 92, C.R.A.M.I.F., 17/19 place de l'Argonne, F-75019 Paris, France. Renseignements: (00-33)40.34.43.52, fax (00-33)40.34.39.73. ■

Eté-jeunes à Molenbeek: le parcours-santé

Cette année pour la quatrième fois, l'ONE, la maison médicale Norman Béthune et la ZEPL/1080 ont coordonné leur action afin de réaliser quatre journées d'activités "Eté-jeunes". Les enfants du quartier âgés de 5 à 14 ans étaient invités à y participer. Deux après-midi étaient consacrés aux petits (5-9 ans) et deux autres aux grands (10-14 ans).

Près de 220 jeunes ont pu profiter de ces animations.

Cette année, nous avons organisé un parcours-santé avec des activités décentralisées dans les associations de quartier. Le thème était "Thygiène de vie".

Pour ce faire, nous avons imaginé divers jeux:

- réalisation d'une maquette "Notre quartier idéal" avec des aliments sains;
- fabrication d'un puzzle sur le sommeil;
- création de badges sur un thème santé;
- jeu style "Memory" sur la pharmacie familiale;
- psychomotricité et activités sportives.

Ces jeux avaient comme objectif de sensibiliser les jeunes à une meilleure hygiène de vie et ce de manière ludique. ■

Partenariat santé, opération Eté-jeunes, ONE, ZEPL/1080, Maison Médicale Norman Béthune

Un outil pour la prévention des chutes

Comme promis dans le numéro précédent d'Education Santé, vous trouverez, au centre de ce numéro, un outil pour la prévention des chutes chez les personnes âgées qui sera utilisé dans le cadre des animations de la campagne "Home Sweet Home?". Ce dossier comprend un guide de l'animateur et une partie informative pour le public personne âgée. Vous y trouverez également un exemple des animations qui seront présentées dans les amicales de l'Union Chrétienne des Pensionnés en Brabant Wallon.

Il sera possible d'obtenir des tirés à part du dossier complet et/ou du dossier destiné aux personnes âgées.

Ceux-ci sont vendus respectivement au prix de 30 et 20 FB.

Ces documents seront testés lors des animations, évalués, éventuellement retravaillés puis réimprimés dans le cadre du réseau RAS.

Un autre dossier consacré à la pharmacie familiale (cf. Education Santé 64) est toujours disponible au prix de 20 FB.

Pour tout renseignement à propos de ces dossiers, contacter Infor Santé Brabant Wallon, Eric Jauniaux, bd des Archers 54, 1400 Nivelles, tel 067/21 21 21. ■

Centre de Guidance Psychologique,
Rue du Moulin 79, 7100 La Louvière.
Tél.: 064/22.25.71.

Nous remercions pour leur aide P. Anselme (Centre de Coordination Communautaire), M. Bantuelle (Commission Locale de Coordination du Hainaut-Est), et C. Lessire (CPAS La Louvière).

Le social dans la santé

En 1990, un symposium international a tenté d'étudier les rôles des Observatoires de Santé pour une meilleure compréhension de la santé de la population et des politiques à mener pour l'améliorer.

Il est vite apparu que le champ de réflexion était extrêmement vaste et qu'il était indispensable d'en approfondir différents aspects; c'est pourquoi le Comité Interprovincial des Affaires Sociales de la Communauté française, le Comité Interprovincial de Médecine Préventive, la Fédération des Centres d'Etudes et de Documentation Sociales et le Centre de Coordination Communautaire en Education pour la Santé ont décidé d'organiser un congrès international portant plus particulièrement, non seulement sur l'impact des facteurs sociaux en matière de santé, tant au niveau de la prévention que de la thérapeutique, mais aussi sur les conséquences socio-économiques des réponses à donner à ces besoins sanitaires.

Trois journées, du 18 au 20 novembre 1992, tenteront de cerner ces problèmes. Voici le programme actuellement prévu, sous réserve de modifications.

Le mercredi 18 novembre 1992, de manière générale, les liens entre le social et la promotion de la santé seront exposés:

- Faire de la santé pour tous un facteur de promotion sociale, par Monsieur J. Rochon, Directeur de Protection et Promotion de la Santé à l'O.M.S. à Genève;

Bibliographie

- **BORAKIS S., PIERRARD J.**, Etude sociologique sur les familles populaires. C.G.P., La Louvière, 1992.
- **LIBINE J-P**, Pauvretés et Santé mentale C.G.P., 1991.
- L'aide familiale, pour qui, pour quoi ?, Services d'Aides Familiales, Ougrée, 1991. ■

- Quels liens entre le social et la santé? Quels facteurs sociaux influencent la santé, par Madame G. Reginster, Ecole de Santé Publique de l'Université de Liège;
- Les inégalités dans la ville, par Monsieur B. Pissarro, Faculté de médecine St-Antoine, Paris;
- Les déterminants sociaux de la santé mentale, par Monsieur S. Faelli, ULB;
- Les inégalités sociales dans la santé, par Monsieur G. Remion, sociologue, Bruxelles;
- L'éducation pour l'environnement est aussi une éducation pour la santé. Réflexions et expériences d'un Observatoire de Santé, par Madame C. Bolly, de l'Observatoire de Santé de la Province de Luxembourg.

Le jeudi 19 novembre 1992, des problèmes plus spécifiques suivant les couches de population seront abordés:

- Les facteurs sociaux et la santé de la petite enfance, par Monsieur D. Chopin, Office de la Naissance et de l'Enfance;
- Le comportement de santé des jeunes, par Madame M. Prévost, PROMES, Ecole de Santé Publique de l'ULB;
- Inactivité professionnelle et santé;
- Travail et santé. Présentation d'un montage vidéo "Le rire au travail", par Madame L. Renaud, Conseillère en Promotion de la Santé à

l'Hôpital Général de Montréal, Québec;

- Les incidences sociales sur la santé des personnes âgées;
- Les observatoires de l'âge, par Monsieur S. Mayence, Directeur Général de l'Institut Européen Interuniversitaire de l'Aide Sociale, Marcinelle.

Enfin, le vendredi 20 novembre 1992, un essai de réponse aux problèmes posés sera envisagé:

- Philosophie d'une politique médico-sociale pour une meilleure promotion de la santé, par Monsieur C. Lalière, président de la Section de l'Aide Sociale de l'Union des Villes et des Communes;
- Un essai de réponse: une meilleure connaissance des besoins de santé de la population, par Monsieur B. Garros, directeur de l'Observatoire de Santé d'Aquitaine (France);
- Réponses sociales de l'Europe face à la promotion de la santé;
- Les réponses socio-économiques face aux problèmes de santé engendrés par les facteurs sociaux;
- Bilans des politiques provinciales en la matière.

Les publics-cibles de ce congrès sont: le personnel médical, les médecins, les spécialistes en éducation pour la santé, le personnel social et para-médical, les associations médicales et médico-sociales, les instances nationales, régionales et communautaires chargées des affaires sociales, de la santé et de l'environnement, les universités.

En pratique: inscriptions pour les 3 jours: 3000 FB avant le 15/09/92, 3500 FB après cette date ou sur place; pour une journée: 1500 FB; étudiants: 500 FB pour les 3 jours, 200 FB pour une journée. A verser au compte n° 068-2148130-92 "Social et santé", rue Martine Bourtonbourt 2, 5000 Namur, avec la mention "Congrès international "Le social dans la santé", 18-19-20.11.92".

Pour tout renseignement: Congrès 1992, Madame Grenier, rue Martine Bourtonbourt 2, 5000 Namur, tél. 081/73.16.17. ■

et une diminution de la capacité d'initiative et d'adaptation. C'est un cercle vicieux puisque l'absence de projet renforce à son tour le sentiment dépressif.

Analyse et diagnostic

COMMENT L'ÉQUIPE DU CENTRE DE GUIDANCE A-T-ELLE APPROCHÉ LA DÉPRESSION NERVEUSE JUSQU'À PRÉSENT?

Le poids de l'insécurité cumulative dans les familles entrave les prises en charge psychologiques, qu'elles soient individuelles ou familiales. Des interférences de tous ordres viennent empêcher le déroulement des thérapies de longue haleine.

L'équipe du centre, qui est pluridisciplinaire (assistante sociale, psychologue, psychiatre, logopède, thérapeute du développement, thérapeute familiale), s'est, suite à sa longue expérience des familles populaires, orientée vers un **modèle global, systémique**.

Nous définissons comme systémique, un mode d'investigation et d'interprétation tenant compte des facteurs d'environnement: lorsqu'une personne présente un symptôme, l'investigation porte non seulement sur cette personne mais aussi sur le groupe familial et le réseau social auquel elle appartient.

Le sens du symptôme est mis en rapport avec le fonctionnement du groupe. Ce modèle offre une alternative aux modèles causatifs où, trop souvent à notre gré, la transcription des événements s'effectue suivant le schéma linéaire action → réaction, sans tenir compte de la complexité interactive des événements.

Mais comment tenir compte de cette complexité en transmettant des messages clairs, accessibles, pertinents?

Notre action est donc aussi un défi. Dans notre manière de travailler nous sommes aussi très attentifs au **langage** utilisé, non seulement en employant des mots accessibles mais également en respectant les expressions régionales de nos interlocuteurs. Le mot "déprime" en

est un exemple. Le mot est utilisé par les aides familiales pour désigner les états temporaires, peu graves de dépression. L'adjectif "déprimé" a la même connotation.

Par contre, les mots "dépressif" et "dépression" sont utilisés pour nommer des états graves, qui effraient.

COMMENT L'ÉQUIPE DU CENTRE DE GUIDANCE POURRAIT-ELLE AMÉLIORER SON TRAVAIL?

Il lui est entre autre reproché que trop de familles échappent à ses prises en charge thérapeutiques.

A partir d'ici la démarche s'est doublée dans le temps.

D'un côté nous avons demandé à S. Hoeffelman de faire scientifiquement une analyse investiguant la pertinence d'une **action éducative**. Elle en fait son mémoire d'une licence spéciale en Santé Publique. L'étude est en cours et les conclusions sont attendues pour novembre.

De l'autre côté nous avons choisi, suite aux conclusions des travaux de J.P. Libine et de Z. Borakis et suite à une demande venant des aides familiales, de nous donner les **objectifs** suivants:

Nos objectifs

Il nous semble qu'aussi longtemps que la souffrance dépressive n'aura pas fait l'objet d'une prise de conscience généralisée, la prévention demeurera entravée.

Nous nous proposons donc de **sensibiliser les familles** à la dépression nerveuse. Par là, nous entendons qu'elles sachent que la dépression nerveuse existe et se soigne.

Parallèlement, nous souhaitons aussi **sensibiliser les divers intervenants psycho-sociaux** qui gravitent autour des familles: assistants sociaux, PMS, IMS, enseignants. Il semble en effet que beaucoup d'entre eux manquent de connaissances élémentaires à ce sujet.

Au niveau des familles touchées par la dépression nerveuse, nous souhaitons **stimuler quelque**

chose de l'ordre du projet, soit en rapport direct avec la gestion de la dépression (choix d'une démarche thérapeutique par ex.) soit sans rapport direct avec la dépression mais pouvant avoir une influence sur celle-ci. Cela pourrait être le réaménagement de l'habitat ou reprendre soin de son hygiène personnelle.

Nos moyens

Le dépliant. Il s'adresse aux **intervenants psycho-sociaux**. On y résume les idées-clefs au sujet de la dépression notamment en permettant de la diagnostiquer. On y travaille les croyances et incite les intervenants et familles à en parler. Pour réussir ce combat contre le silence, l'équipe a fait appel à la plus large concertation possible: des contacts ont été pris avec divers organismes (Télé-Accueil par ex.).

Un exemplaire a été envoyé aux intervenants psycho-sociaux de la région.

Une possibilité de commander le dépliant existe par l'intermédiaire d'un bon de commande pré-imprié à renvoyer. Jusqu'ici un millier de dépliants ont été distribués.

L'illustration a été suggérée par les aides familiales et réalisée par notre collègue Marie-Claire Guns: il s'agit d'une femme surchargée par les tâches ménagères qui la débordent; le soucis des enfants et la gestion des affaires de la maison achèvent de l'ébranler. Un sentiment de lassitude générale l'envahit.

La sensibilisation/supervision des aides familiales. Depuis plus de 10 ans, une collaboration s'est installée entre le Centre Public d'Aide Sociale (CPAS) et le Centre de Guidance Psychologique (CGP). Deux membres du CGP ont participé à un séminaire sur "Handicap mental et maladie mentale" réunissant les aides familiales et les assistants sociaux du CPAS. Divers intervenants (hospitaliers et extra-hospitaliers) apportent leur contribution (avril 1991). Un grand nombre de questions portent sur la dépression. Rien d'étonnant à cela puisque, parmi les familles aidées par les aides familiales, la maladie évoquée dans

près d'une famille sur deux est la dépression/surmenage.

Une demande de sensibilisation/supervision émane donc des aides familiales.

Elles sont d'autant plus intéressées par le sujet que nombre d'entre elles sont conscientes d'un cercle vicieux entre les problèmes qui s'accumulent dans les familles précarisées et leur incapacité à faire quelque chose d'efficace. Elles finissent par ressentir la fatigue, dépression, irritabilité, indifférence et désengagement, tous signes d'un syndrome que l'on dénomme "**syndrome d'épuisement professionnel**" ou "**burn-out**".

Cette demande cadre donc avec nos objectifs.

Notre réponse va comprendre 2 activités complémentaires:

Des séances académiques trimestrielles. Elles réunissent les quatre assistants sociaux qui encadrent les 80 aides familiales du CPAS. Ces 80 aides familiales interviennent dans quelques deux cents foyers dont septante semblent concernés par la dépression.

Une information générale sur la dépression nerveuse est donnée alternativement par des membres du CGP et par des experts extérieurs. Des notions de diagnostic, de traitement d'aspects psychosociaux et de risques suicidaires sont enseignés. Le dépliant est distribué et discuté.

Des supervisions mensuelles avec un petit groupe de volontaires. Quinze aides familiales, très motivées, et les quatre assistants sociaux se sont portés volontaires pour approfondir quinze situations particulièrement à risque, selon eux.

Analyse des critères selon lesquels les aides familiales ont sélectionné ces familles comme étant à risque

L'énoncé de leurs critères peut se faire comme suit:

- I. Somatiques
 - 1) handicap, invalidité
 - 2) maladie de longue durée: cancer, sclérose en plaques

II. Familiaux

3) séparations

4) conflits allant jusqu'à la violence (mono-, bi- ou tri-générationnelle)

III. Sociaux

5) tenant au logement: exigüité, inadéquation

6) tenant au travail (pauses, horaires atypiques...) ou à son absence (chômage, assistés du CPAS)

7) endettement ou surendettement.

On constate que les familles retenues sont celles qui cumulent plusieurs difficultés ou insécurités. C'est la surcharge, qui est désignée par l'aide familiale comme responsable de la dépression. Ainsi l'observation empirique des aides familiales rejoint les conclusions de notre étude théorique. Les aides familiales ont d'emblée une vue globale de la situation et sélectionnent en termes de facteurs de risque plus qu'en termes de symptômes cliniques.

On suppose que dans les autres familles il existe seulement des critères appartenant à un, maximum deux domaines.

Déroulement des supervisions

Ce programme s'est déroulé toute l'année scolaire 91-92, dans un climat de mobilité adaptative, selon les disponibilités de l'offre et de la demande. Cette mobilité a été encore renforcée par la mobilité des situations: des familles sortent du programme car cessent de disposer des services de l'aide familiale; l'aide familiale change de poste, etc ... Très rapidement il a été distingué deux types de familles dans l'échantillon, en fonction de leur capacité ou non à se déplacer à des réunions de type pluri-familial.

Les familles perçues comme réfractaires à toute intervention (7/15)

Ces familles apparaissent réfractaires soit parce que les facteurs d'insécurité cumulative ont entraîné un repli social jugé irréversible (rétrécissement manifeste du réseau social), soit parce que ces mêmes facteurs ont entraîné une saturation en

interventions diverses dont la famille se déclare absolument surchargée.

Il faut noter que des situations d'abandon social parfois tragiques ont été notées pour des femmes jeunes, atteintes de cancer terminal. Dans ces cas, l'aide familiale se vit comme la seule à assumer la charge morale de la patiente.

A l'opposé, des situations de sursaturation en intervenants ont été rapportées pour des problèmes de suspicion de mauvais traitements des enfants. Certaines familles pensent même démissionner pour échapper aux équipes.

Les familles susceptibles d'une rencontre avec les travailleurs de la santé mentale (8/15)

Le projet initial était formulé comme suit:

"Organisation d'**entretiens pluri-familiaux** dans les centres communautaires proches du domicile des personnes. Priorité sera donnée aux quartiers à risque. Les groupes seraient limités à six familles maximum. Les familles viendraient éventuellement avec les aides familiales et les assistants sociaux qui ont le dossier en charge.

Les entretiens pourraient se faire tous les mois durant une période maximum de six mois. Le programme s'étalerait jusqu'en juin 1992 et serait assuré par l'équipe du Centre de Guidance Psychologique et de Prévention Sociale".

Cette phase est restée à l'état de projet et n'a pas été réalisée cette année.

Dans ce groupe, il a été distingué deux sous-groupes: cette fois en fonction de la présence de "grands" ou de "petits" enfants dans les familles:

Le sous-groupe "familles avec grands enfants" (5 sur 8 familles) a vite été contesté par les aides familiales. Celles-ci voyaient leurs problèmes comme trop hétérogènes; qu'y avait-il de commun entre la révolte d'un adolescent et le retour au foyer d'une fille de vingt ans majeure, mariée avec deux enfants? Certains cas pourraient bénéficier de l'aide de "Contact-jeunes" dont une des responsables était présente à un grou-

pe. D'autres trouveraient une solution via d'autres services sociaux.

Le sous-groupe "familles avec petits enfants" (3 sur 8 familles), partageait certaines situations. Cela permettait d'imaginer de les réunir. Ici aussi de nombreuses objections furent formulées par les aides familiales. Il n'était pas question que les pères assistent aux réunions pluri-familiales. Ils deviendraient certainement violents et mécontents de ce qu'aurait dit leur femme aux groupes. Cela ferait pire que mieux. Se réunir avec les enfants ne serait pas mieux venu: les enfants n'allaient-ils pas répéter à leur père les propos tenus pendant les réunions?

Bref, en fin de compte, d'après les aides familiales, une seule famille était disposée à venir au groupe. Or, on ne fait pas un groupe avec une seule famille.

Evaluation et perspectives

Avoir répondu à la demande des aides familiales va dans le sens de nos trois objectifs. Nous **formons des relais** qui travaillent avec des familles que nous n'atteignons en général pas. Quoique l'évaluation finale n'aie pas encore eu lieu, les aides familiales témoignent se sentir mieux armées pour participer à l'équilibre psychique des familles. Nous savons qu'elles se plaignent de syndromes de "burn-out" typiques chez les intervenants sociaux.

De plus, beaucoup d'aides familiales signalent "spontanément" une nette amélioration des problèmes au sein des familles. Il faudra pouvoir faire la part entre l'effet spécifique de notre action et d'autres facteurs.

Devant ce résultat nous nous posons la question suivante: arriver à faire venir les familles à des entretiens pluri-familiaux est-il vraiment nécessaire?

Le projet ne met-il pas en péril les arrangements particuliers cachés qui sont communs aux familles et aux intervenants des organisations? Dans la perspective globale qui est la nôtre, les divers acteurs, y compris nous, ne risquent-ils pas de devoir aborder le domaine des se-

crets dont ils n'aiment pas parler? Quelles pratiques ces entretiens multi-familiaux vont-ils dévoiler? Vers quel conflit risquons-nous d'aller?

Un autre risque des entretiens pluri-familiaux est peut-être le non respect de la culture des familles. Dans les familles populaires les rôles des hommes et des femmes sont bien séparés. La femme gère l'intérieur de la maison et les enfants; l'homme s'occupe du dehors. En invitant hommes, femmes, et enfants à partager le même groupe, nous enfreignons une règle fondamentale de partage des territoires et des rôles. Créer un espace de communication commun, c'est aborder potentiellement l'égalité du droit de parole, c'est-à-dire, l'égalité des rôles. Or, c'est peut-être un changement trop important; trop coûteux sur le plan de l'adaptation. Ce changement fait trop peur pour être abordé de front, d'emblée: il doit mûrir pour aboutir. A moins qu'on pense que ce changement ne s'impose pas...!

Nous nous demandons finalement s'il ne faudrait pas imaginer pour les familles des animations autour d'objectifs plus précis, plus limités, où les animateurs veilleraient entre autre, à ne pas dévoiler ce qui n'a pas à l'être. Nous projetons, par exemple, de faire des réunions ponctuelles de femmes autour de thèmes tels "Comment mieux s'organiser quand on a de petits enfants"...

Relativement à la diffusion du dépliant, nous avons reçu des échos appréciatifs quant à sa conception originale et des demandes d'envois. Plusieurs nous interpellent sur l'illustration qui représente une femme. Où sont les hommes? C'est pour nous l'occasion d'expliquer que la dépression nerveuse est la plus prévalente chez la femme que chez les hommes, mais que bien souvent on passe à côté de la dépression masculine. Dans ce cas, ce sont parfois les autres membres de la famille qui expriment le malaise. On trouverait les éléments suivant dans un dessin qui représenterait l'homme déprimé: l'hypertabagisme, l'usage exagéré de l'alcool, la violence à l'intérieur de la famille, la destruction du temps... Dans l'avenir il

nous faudra évaluer l'impact du dépliant sur les intervenants locaux.

Quelle est l'appréciation de l'équipe du Centre de Guidance?

Faire cette recherche, qu'on pourrait dénommer "recherche-action" est un facteur stimulant pour l'équipe: elle est une rupture par rapport à l'activité thérapeutique habituelle y compris les activités préventives. La communication se situe à d'autres niveaux et avec d'autres acteurs. Chemin faisant, il nous semble avoir dédramatisé les recours aux opérateurs de la santé mentale. Consulter n'est pas une honte; le message semble avoir été compris.

Conclusions

Nous comptons continuer l'action car on ne modifie pas des mentalités en un an.

Nous devons améliorer notre processus de relation entre nos analyses, choix d'objectifs et choix de moyens. Nous devons mieux prévoir l'évaluation des objectifs. La riche collaboration entre les professionnels de santé publique et les professionnels de terrain doit permettre ce progrès.

Avec les conclusions du mémoire de S. Hoeffelman, qui sont attendues prochainement, nous espérons avoir des éléments neufs qui viendront corroborer ou s'opposer à nos réflexions.

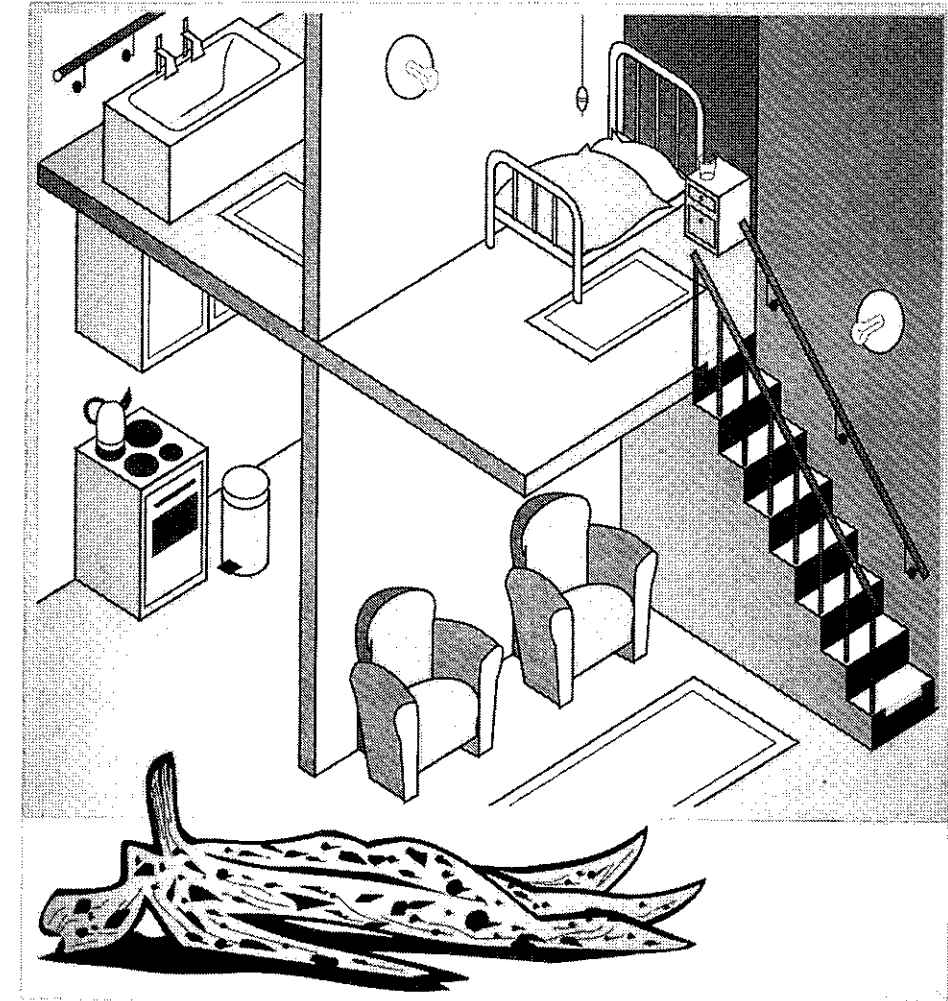
Y aura-t-il d'autres objectifs pédagogiques à mettre en oeuvre par d'autres moyens? Y aura-t-il des recommandations à faire à un niveau environnemental, économique, politique?

Notre projet pourra-t-il s'intégrer dans les actions globales de La Louvière "Ville Santé européenne"? C'est en tout cas dans cette dynamique que nous souhaitons persévérer.

La réalisation du dépliant a été soutenue par la Communauté française de Belgique.

S. Faelli, Psychiatre, **N. Pierrard**, Assistante sociale, **M-C Guns**, Logopède, thérapeute du développement, **S. Hoeffelman**, Médecin, étudiant en Santé Publique, ULB

OUTILS AU SERVICE DE L'EDUCATION POUR LA SANTE



Home Sweet Home ?

**Prévention des chutes
chez les personnes âgées**

UCP Brabant Wallon
Infor Santé Caritas

AVEC LE SOUTIEN DE LA COMMUNAUTE FRANCAISE DE BELGIQUE

Education Santé
rue de la Loi 121
1040 Bruxelles
Tél. : 02/237.48.53

COLLECTION
**EDUCATION
SANTE**
n°4

SOMMAIRE

GUIDE DE L'ANIMATEUR.

- Introduction : l'accident domestique, ça n'arrive pas qu'aux autres.....3
- Importance du problème.....3
- Des facteurs favorisant le risque de chute.4
- Les conséquences des chutes... ..4
- Quelques grandes notions sur la sécurité et la prévention des accidents domestiques.....4
- Une expérience québécoise.5
- Notre campagne en Brabant Wallon.....6
- Objectifs à poursuivre en animation.6
- Exemple d'exploitation de ce dossier.....7

COMMENT EVITER LA CHUTE A DOMICILE.

- 4 grands principes de prévention.....8
- Les différentes pièces de la maison.....8
- Quelques conseils généraux.... ..10
- Diagnostic du domicile.....12
- Les objets de sécurité.....14
- Bibliographie.....15
- Adresses utiles.....15

Cet outil d'éducation pour la santé est le résultat d'une collaboration entre le service Infor Santé et l'Union Chrétienne des Pensionnés du Brabant Wallon dans le cadre de leur campagne de prévention de la chute "Home sweet home ?"

Nous remercions ici les personnes qui ont accepté de relire, de critiquer et de retravailler ce document, Mmes Bantuelle et Vandoorne d'Educa-Santé, Mme Lorent de l'Institut Européen Interuniversitaire d'Action Sociale et plus particulièrement Bernadette Taeymans et Christian De Bock du service Infor Santé de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes. Le diagnostic du domicile a été réalisé avec la collaboration de Daniel Marteau, kinésithérapeute, chargé de cours à l'Institut Provincial de Kinésithérapie et de Nursing (Montignies-sur-Sambre). Nous remercions également les membres de l'UCP qui ont accepté de le tester.

Conception - rédaction:

Eric Jauniaux,
Infor Santé Caritas
Rachel Renard,
UCP-Brabant Wallon.
bd des Archers, 54, 1400 Nivelles, 067/21 21 21

Réalisation:

Revue Education Santé.
Octobre 92

Avec le soutien de Caritas
Mutualité Chrétienne du Brabant Wallon

VI BIBLIOGRAPHIE

Les documents mentionnés ci-dessous peuvent être consultés entre autre à :

Educa Santé, 1b, avenue Général Michel, 6000 Charleroi, 071/33 02 29.

Infor Santé Nivelles, 54 bd des Archers, 1400 Nivelles, 067/21 21 21.

Infor Santé, Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, 121, rue de la loi, 1040 Bruxelles, 02/237 48 53.

- La prévention des accidents domestiques chez les personnes âgées, journée d'étude, Charleroi, 21 mai 1981, I.E.I.A.S., Marcinelle, 1981.
- La prévention des accidents domestiques chez les personnes

âgées, campagne 1984, I.E.I.A.S., Marcinelle, 1984.

- Accidents domestiques : la situation épidémiologique en Belgique, Promès - Educa-Santé, Santé Pluriel 7-8, Bruxelles, 1992.
- Sécurité au domicile des personnes âgées à haut risque, Comité Européen de réflexion gérontologique, dossier Gamma, 1/84.
- Ajoutez de la vie aux années, Petit (B.), Marteau (D.), GISPAG, Montignies-sur-Sambre, 1990
- Vivre vieux...vivre mieux, Marteau (D.), Lefèvre (P.), Jacquet (M.) ..., Fondation Roi Baudouin, Bruxelles, 1990.
- La prévention des chutes chez les personnes âgées, Vellas (B.),

Bocquet (H.), service de médecine gériatrique, CHU Purpan/Casselardit, Toulouse in Informations santé N°98.

- Prévenons l'accident domestique : des chemins sans risque dans la maison, Petit (B.), Marteau (D.), Vanneste (P.), Lorent (C.), IEIAS, Marcinelle.
- Projet de prévention des chutes à domicile, Département de la Santé Communautaire, Hôpital de Sacré-Coeur de Montréal, mai 1990, 102 p.
- Prévenir "Vieillessements", La Vie Mutualiste, n°15, Paris, 1987, 135 p.
- Les traumatismes, Beaulne (G.) et al., Les publications du Québec, 1991, 372 p.
- Le grand défi, Bériot (L.), Olivier Urban, Paris, 476p.

VII ADRESSES UTILES

- Aides familiales et aides ménagères : Vie Féminine, rue des Canoniers, 14 à 1400 Nivelles 067/21.50.22
- Petites réparations : SOS Vie Meilleure: rue des Canoniers, 14 à 1400 Nivelles 067/21.50.22
- Service social Caritas: 54 bd des Archers, 1400 Nivelles, 067/21.21.21
- Soins à Domicile (SAD) Av Scandiano 8 à 1480 Tubize 02/355.63.99
- Centre de Coordination Médico-Sociale de L'Est Brabant (CCMSEB)
 - Rue des Moulins 10 à 1390 Archennes 010/84.15.55
 - Château Pasture à 1370 Jodoigne 010/81.07.31
- Centre de Services de Maintien à Domicile (CSMD)
 - Av de Wisterzée, 4 à 1490

- Court-St-Etienne 010/61.38.30
- Chée de Bruxelles, 14 à 1300 Wavre 010/22.27.70
- Av Général Jacques, 46 à 1400 Nivelles 067/84.05.90
- Av des Combattants, 14 à 1332 Genval 02/653.98.43
- Rue Dehaze, 29 à 1480 Tubize 02/355.27.09
- Soins Coordonnés à Domicile et Education Sanitaire
Rue de la Station 13, à 1440 Braine-le-Château 02/366.04.48
- Télévigilance : Solival: bd des Archers, 54 à 1400 Nivelles 067/21.21.21
- Association chrétienne des invalides et handicapés (ACIH) 067/21.21.21 (Marc Guillaume)
- Prêt de matériel :
Solival : bd des Archers, 54 à 1400 Nivelles 067/21 21 21 C r o i x
Rouge : bd des Archers, 18 à 1400 Nivelles 067/21 23 04

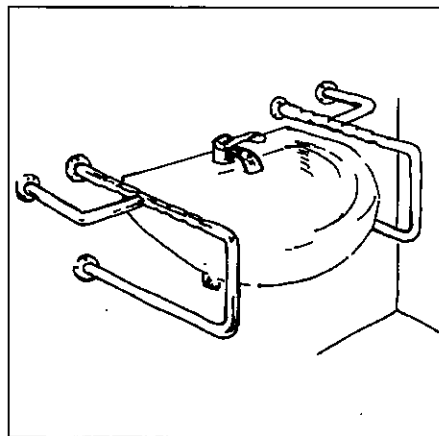
- Infor Santé: bd des Archers, 54 à 1400 Nivelles 067/21.21.21 (Eric Jauniaux)
- Union Chrétienne des Pensionnés (UCP) Bd des Archers, 54 à 1400 Nivelles 067/21.79.41
 - Sports Seniors: Rachel Renard
 - Seniors Horizons: Christiane Lippens
 - Animation: Thierry Modave
 - Service Pensions: Marie-Paule Lambilotte (21.39.10)

Les adresses ci-dessus concernent le Brabant Wallon. Vous ne devriez guère éprouver de difficultés à en trouver l'équivalent pour votre région.

Il existe dans le commerce de nombreux objets destinés à renforcer la sécurité et diminuer ainsi le risque de chute. Ces objets peuvent être achetés chez la plupart des bandagistes, certains même dans des grandes surfaces ou des magasins de bricolage (barres d'appui, tapis...). Les prix mentionnés ci-dessous ne sont donnés qu'à titre indicatif et peuvent varier d'un magasin à l'autre.

1. Les barres d'appui

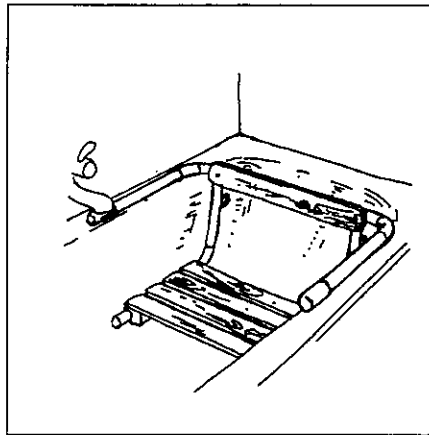
Ces barres sont indispensables aux abords de la baignoire ou de la douche, près du WC et près du lavabo. Elles permettent un appui stable et sûr car elles sont fixées dans le mur ou sur le sol. Certains modèles sont aussi à fixer sur la baignoire elle-même. En aucun cas, le lavabo ou un porte-essuie ne peut servir de point d'appui. Le prix de ces barres d'appui est d'approximativement 3000 FB. Pour les bricoleurs, des barres d'appui peuvent être réalisées à partir de tuyaux de plomberie.



2. Le siège de baignoire

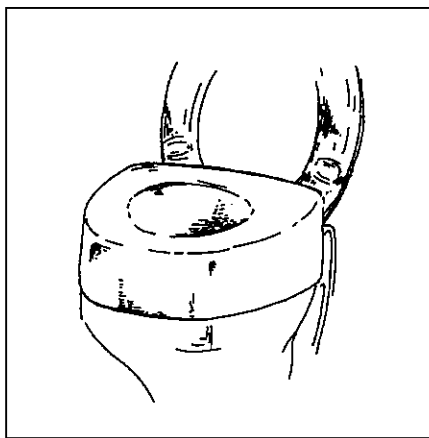
Le siège de baignoire est utile aux personnes qui s'asseyent et se relèvent difficilement. Deux modèles prédominants : celui à poser dans le fond de la

baignoire (avec ou sans dossier) ou à poser contre les bords de la baignoire. Leur prix peut varier de 1800 à 7000 FB.



3. Le rehausseur de WC

Ce bloc de matière plastique se pose sur la cuvette du WC. Sa hauteur est de 13 cm. Il facilite la corvée WC aux personnes qui éprouvent des difficultés à se baisser et à se relever (prix : ± 2500 FB). Certains rehausseurs sont combinés avec des appuis incorporés (prix ± 5500 FB).



4. Chaussures à ouverture totale

Confortable par sa composition textile et très sûre de par son aspect antidérapant, elle est très facile à mettre du fait qu'elle s'ouvre de partout et se referme au moyen de velcro.

Elle existe en soulier classique ou en botillon. (prix ± 2500 FB).

5. Produit antidérapant pour baignoire

Garanti 5 ans, ce produit antidérapant se met au pinceau dans le fond de la baignoire et évite les glissades (prix : ± 1600 FB par baignoire).

6. Installation d'un deuxième poste téléphonique

Un deuxième poste téléphonique peut être utile à côté du lit, surtout si la chambre est à l'étage. L'installation, déplacement du technicien compris, revient à approximativement 2000 FB. Reste à y ajouter la location ou l'achat d'un second poste (Renseignements : Belgacom).

7. Installation d'une rampe d'escalier

Une rampe est un point d'appui indispensable dans un escalier. Le prix d'installation dépendra du matériel (bois, métal), de sa qualité (simple, en fer forgé...), du nombre de marches et de la configuration de l'escalier (palier, tournant...).

8. Le sous-tapis antidérapant

Il s'agit d'un tapis mince dont la partie supérieure colle à la moquette et dont la partie inférieure en contact avec le sol est revêtue d'un produit antidérapant. Il est particulièrement recommandé pour les tapis de salle de bain et les descentes de lit. Les prix peuvent varier d'un magasin à l'autre. Pour donner un ordre d'idée, un sous-tapis d'1,3m X 1,9m coûte aux environs de 800 FB.

Introduction:

L'accident domestique, ça n'arrive pas qu'aux autres!

Home, sweet home!, Foyer, doux foyer!

Cette expression anglaise souligne combien la maison a, de tous temps, été considérée comme un lieu doux et paisible, comme un refuge rassurant.

La maison semble être l'endroit sûr par excellence, un milieu que l'on connaît bien, dans lequel on évolue habituellement. Mais un escalier mal éclairé, des pantoufles glissantes, une allonge électrique dans le passage, un sol humide... et le risque d'une chute apparaît.

L'homme vit de besoins essentiels : besoins physiologiques (manger,

dormir...), besoins d'amour et d'estime, besoins d'appartenance, besoins de sécurité.

Plus longtemps on conservera le milieu de vie habituel, plus longtemps on conservera son intégrité physique et psychique. Ceci n'est toutefois valable que si le logement a été conçu et adapté pour éviter la première chute.

En 1900, l'espérance de vie était de 46,9 ans pour les femmes et de 43,6 pour les hommes. Elle sera respectivement de 79,5 et de 73,3 en l'an 2000! (1) Cela signifie aussi qu'en 2030, les plus de 65 ans devraient constituer le quart de la population. On se rend alors

compte à quel point il est important d'accorder toute son attention au bien-être des personnes âgées et de miser, en terme de sécurité sociale, sur le développement d'actions visant à maintenir autonome tout individu, quel que soit son âge.

Nous nous sommes donc fixé comme objectif de santé, pour les années qui suivent, de tenter de diminuer le nombre de chutes à domicile des personnes âgées.

(1) Berger (JM), Jacques (E), droit au coeur, Labor, Bruxelles, 1989.

L'importance du problème

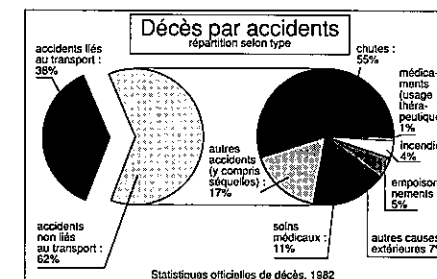
Parmi les accidents les plus graves et les plus fréquents, les chutes viennent largement en tête pour l'ensemble de la population.

En Belgique, en 1984, selon l'Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie, plus ou moins 3% de l'ensemble des personnes âgées de 60 ans et plus ont consulté un médecin pour cause d'accident domestique. Dans 72% des cas, la chute en était le motif.

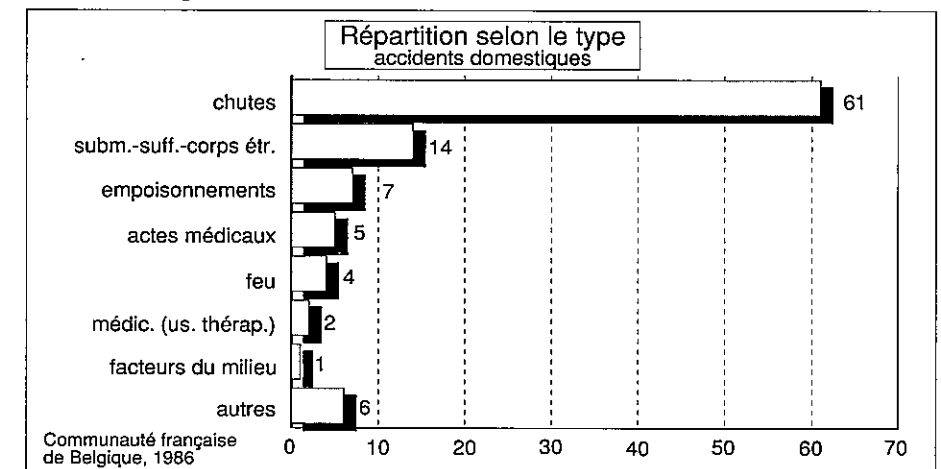
Au Québec, les personnes âgées représentent environ 10% de l'ensemble de la population mais sont à l'origine de 39,5% du nombre annuel d'hospitalisations causées par une chute.

On estime cependant que le nombre de chutes serait bien plus élevé que ce qui est recensé. Il semblerait, en effet, que seulement une chute sur quatorze soit signalée à un médecin. En ce qui concerne les chutes à domicile, un tiers des personnes âgées en seraient victimes chaque année.

En Belgique, parmi les accidents mortels non liés à la circulation, la chute a, en 1982, été responsable de 55% des décès.



Au niveau de la Communauté Française, En 1986, la chute a été responsable de 61% des accidents domestiques ayant entraîné la mort (tous âges confondus).



Des actions au niveau de la collectivité sont possibles pour prévenir la chute: amélioration des produits, normes de sécurité plus strictes... Nous sommes conscients de l'importance de ce type d'actions mais nous n'en parlerons pas dans ce dossier.

Source : Accidents domestiques : la situation épidémiologique en Belgique, Promes - Educa-Santé, Santé Pluriel 7-8, Bruxelles, 1992

Des facteurs favorisant le risque de chutes

On peut trébucher, glisser, faire un faux pas, chanceler, avoir un étourdissement. On peut chuter en se levant, en s'habillant...ou à cause du petit chien. Il s'agit ici de circonstances, mais les causes, quelles sont-elles?

En fait la chute est la conséquence d'interactions entre différents facteurs d'ordre physique, social et matériel.

On note, par exemple, que le risque de chute augmente avec:

- certains problèmes de santé comme l'arthrite, la maladie de Parkinson,...
- le déclin des fonctions du système nerveux, sensoriel, moteur, neuro-musculaire, osseux;
- les difficultés d'ordre social : isolement, changement de domicile, veuvage;
- la consommation de tabac, d'alcool;
- des dangers environnementaux;
- la restriction de l'activité physique (sédentarité);
- la consommation de médicaments;
- les chutes antérieures.

Tout ceci nous amène à faire le lien entre:

- la chute et l'âge. Le phénomène du vieillissement joue un grand rôle lors de la chute
- la chute et l'habitat. L'environnement de la personne est sans doute le facteur le plus facile à modifier;
- la chute et la pathologie. Certaines pathologies accentuent le risque de chute. Il est possible de limiter les effets de certaines maladies par une attitude adéquate de prévention.

Les conséquences des chutes

La chute est l'accident domestique le plus fréquent, le plus souvent, elle est suivie de lésions, de contusions, d'écchymoses, de coupures superficielles.

Dans 10% des cas, il y aura plaies ou traumatismes et pour 6%, les conséquences peuvent être graves : fracture, traumatisme crânien, hospitalisation, décès. La chute peut être considérée comme toujours grave de par la restriction d'activité qu'elle entraîne, même en l'absence de traumatisme physique. On note chez une personne sur trois une perte d'autonomie après une chute apparemment banale.

Le choc psychologique qui en résulte amène la victime à perdre confiance en sa capacité de prendre en charge ses occupations quotidiennes et à restreindre ses activités.

Il est possible qu'il y ait une diminution de la mobilité et un accroissement de la dépendance; la chute

peut alors inciter la famille à exercer une surveillance restrictive. Le médecin peut percevoir la chute comme un cas d'urgence, ce qui donne lieu à une évaluation médicale approfondie inadéquate ou au placement de la personne âgée en institution. Mais les chutes en institutions sont tout aussi régulières et malgré la présence de personnel ne sont pas remarquées immédiatement.

Il faut savoir que selon une étude réalisée à Toulouse, 10% des "patients" refont une chute dans les 6 mois.

Le système de télévigilance qui permet à la personne de toujours rester en contact avec une centrale téléphonique, trouve ici toute sa raison d'exister pour collaborer au maintien à domicile et au sentiment de sécurité indispensable au rétablissement complet de la victime.

Les répercussions psychomotrices

de la chute sont en effet très importantes avec, entre autre, la peur de rechuter. Cela entraîne un repli sur soi, une perte de mobilité (gestes maladroits, mauvaise coordination...) des troubles de la marche (hésitations, petits pas,...) et une plus grande consommation de médicaments (troubles du sommeil, de l'humeur...)

Toutes ces séquelles peuvent être évitées si la personne est invitée à reprendre progressivement ses activités. L'intervention du milieu familial et/ou soignant renforce trop souvent la dépendance en voulant "faire à la place".

Maintenir la personne âgée passive et soumise constitue un frein à sa vitalité et amoindrit son autonomie, le résultat ne peut être que fâcheux. Alors que, si la charge émotive est bien gérée, la personne peut retrouver toute la confiance nécessaire à son épanouissement.

Quelques grandes notions sur la sécurité et la prévention des accidents domestiques

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), un accident domestique est un accident qui survient à la maison ou dans ses environs immédiats. La maison

englobe l'unité d'habitation et tout ce qui s'y rattache : cour, garage et autres dépendances telles que: escaliers, voies d'accès aux appartements...

Il est intéressant de souligner que les données statistiques dont on dispose portent généralement sur les accidents qui ont entraîné soit une intervention médicale, soit

2. Un tapis antidérapant est collé dans le fond de ma baignoire.
OUI / NON
3. Je dispose de suffisamment d'espace pour me déshabiller ou m'habiller à l'aise.
OUI / NON
4. L'éclairage est suffisant.
OUI / NON
5. Une barre d'appui me permet de me relever dans la baignoire.
OUI / NON

6. Une barre d'appui me permet de me relever du WC.
OUI / NON
7. Je peux placer une chaise en face du lavabo.
OUI / NON

E. LA CHAMBRE A COUCHER.

1. Je peux éclairer la chambre depuis mon lit.
OUI / NON
2. Je possède du matériel sanitaire (seau hygié-

nique, chaise percée,...) dans la chambre.
OUI / NON

3. Ma moquette et mes descentes de lit sont revêtues d'un sous-tapis antidérapant.
OUI / NON
4. Il y a une lampe de chevet sur ma table de nuit.
OUI / NON
5. J'ai un poste de téléphone sur ma table de nuit.
OUI / NON

Pour vous situer quant au risque de chute...

Vous trouverez ci-dessous un récapitulatif des questions avec les points correspondants. Entourez vos points pour chacune des questions et additionnez-les. Ensuite, référez-vous à la grille d'évaluation.

Pour vous aider à cerner les endroits à problèmes dans votre domicile, sachez que les réponses valables sont celles qui donnent le plus de point.

A. MON ATTITUDE FACE A LA SECURITE

1. OUI = 1 NON = 0
2. OUI = 2 NON = 0
3. TOUJOURS = 2
SOUVENT = 1
JAMAIS = 0
4. TOUJOURS = 2
SOUVENT = 1
JAMAIS = 0
5. OUI = 1
NON = 0
6. AU MOINS UN FOIS PAR SEMAINE = 3
AU MOINS UNE FOIS PAR MOIS = 1
MOINS D'UNE FOIS PAR MOIS = 0
7. OUI = 1 NON = 0
8. AU MOINS UN FOIS PAR SEMAINE = 3
AU MOINS UNE FOIS PAR MOIS = 1
MOINS D'UNE FOIS PAR MOIS = 0

9. OUI = 2 NON = 0

10. UNE FOIS = 1
PARFOIS = 0
SOUVENT = 0

B. MON SALON, MA SALLE A MANGER

1. TOUJOURS = 2
SOUVENT = 1
JAMAIS = 0
2. TOUJOURS = 2
SOUVENT = 1
JAMAIS = 0
3. OUI = 0 NON = 2
4. OUI = 2 NON = 0
5. OUI = 1 NON = 0
6. OUI = 1 NON = 0
7. TOUJOURS = 0
SOUVENT = 0
JAMAIS = 2
8. TOUS = 2
PRESQUE TOUS = 1
AUCUN = 0
9. OUI = 0 NON = 1

C. MON ESCALIER

1. OUI = 2 NON = 0
2. OUI = 1 NON = 0
3. OUI = 2 NON = 0
4. OUI = 2 NON = 0
5. OUI = 1 NON = 0
6. OUI = 1 NON = 0
7. TOUJOURS = 0
SOUVENT = 0
JAMAIS = 2

D. LA SALLE DE BAIN

1. OUI = 2 NON = 0
2. OUI = 2 NON = 0
3. OUI = 1 NON = 0
4. OUI = 1 NON = 0
5. OUI = 2 NON = 0
6. OUI = 2 NON = 0
7. OUI = 1 NON = 0

E. CHAMBRE A COUCHER

1. OUI = 2 NON = 0
2. OUI = 1 NON = 0
3. OUI = 2 NON = 0
4. OUI = 2 NON = 0
5. OUI = 1 NON = 0

Vous avez obtenu :

entre 55 et 65 points : votre environnement semble bien adapté pour vous éviter la chute mais cela ne doit pas vous empêcher de rester vigilant.

entre 45 et 55 points : quelques aménagements sont sans doute à réaliser. Voyez où se posent les problèmes et essayez d'y remédier.

moins de 45 points : certains aménagements sont indispensables pour éviter la chute. Remédiez-y au plus tôt. Au besoin, nous pouvons vous aider. Relisez les conseils que nous vous donnons dans ce document.

IV DIAGNOSTIC DE VOTRE DOMICILE

Après avoir passé en revue toute une série de conseils et d'aides possibles, nous vous proposons maintenant de refaire une visite critique de votre maison, pièce par pièce. Le but de cette visite est d'attirer votre attention sur tel ou tel problème dont vous ne vous seriez pas rendu compte auparavant. Et s'il y a problème, à quelque niveau que ce soit, il faut y remédier au plus tôt.

Munissez-vous de ce questionnaire et donnez la réponse correspondant à la situation réelle et à votre attitude dans votre domicile. Vous trouverez ensuite les aides et aménagements à réaliser pour rendre votre maison plus sûre.

A. MON ATTITUDE FACE A LA SECURITE.

1. Mes chaussures sont relativement neuves.
OUI / NON.
2. Mes chaussures ont des semelles antidérapantes.
OUI / NON
3. Je ramasse tout de suite ce qui tombe par terre (corps gras, ustensile de cuisine...)
TOUJOURS / SOUVENT / JAMAIS
4. Si je dois atteindre un endroit élevé, j'utilise un escabeau ou une échelle bien stable.
TOUJOURS / SOUVENT / JAMAIS
5. Je possède une réserve d'ampoules.
OUI / NON

6. J'effectue une activité physique.
AU MOINS
UNE FOIS PAR SEMAINE
AU MOINS
UNE FOIS PAR MOIS.
MOINS
D'UNE FOIS PAR MOIS.
7. J'ai, à proximité du téléphone, une liste des numéros d'appel d'urgence.
OUI / NON
8. J'ai des contacts réguliers avec le monde extérieur (groupe, famille).
AU MOINS
UNE FOIS PAR SEMAINE
AU MOINS
UNE FOIS PAR MOIS.
MOINS
D'UNE FOIS PAR MOIS.
9. Je connais des services d'aide sociale de ma région.
OUI / NON.
10. Je suis déjà tombé(e) chez moi.
UNE FOIS / PARFOIS / SOUVENT

B. MON SALON, MA SALLE A MANGER

1. Quand je cire, j'utilise une cire antidérapante.
TOUJOURS / SOUVENT / JAMAIS
2. Quand je nettoie, j'attends que ce soit sec avant de circuler.
TOUJOURS / SOUVENT / JAMAIS
3. Il y pas d'inégalité sur le sol.
OUI / NON
4. Les moquettes sont bien fixées partout.
OUI / NON

5. Je peux éclairer dans la salle à manger dès que j'y entre.
OUI / NON
6. Je peux éclairer dans le salon dès que j'y entre.
OUI / NON
7. Il y a des fils électriques qui traînent par terre.
TOUJOURS / SOUVENT / JAMAIS
8. Les appareils "mobiles" (radio, lampe...) sont placés le long des murs.
TOUS / PRESQUE TOUS / AUCUN
9. Il y a du mobilier dans les endroits de passage.
OUI / NON

C. MON ESCALIER

1. Il y a une rampe bien fixée.
OUI / NON
2. Il y a une rampe sur toute la longueur de l'escalier.
OUI / NON
3. S'il y a un tapis sur l'escalier, il est bien fixé.
OUI / NON
4. L'escalier est bien éclairé.
OUI / NON
5. L'interrupteur est facilement accessible en haut.
OUI / NON.
6. L'interrupteur est facilement accessible en bas.
OUI / NON
7. L'escalier est encombré.
TOUJOURS / SOUVENT / JAMAIS

D. LA SALLE DE BAIN

1. Les tapis sont revêtus d'un sous-tapis antidérapant.
OUI / NON

une admission à l'hôpital, soit un décès.

Il ne faudrait pas oublier cependant tout ce qui arrive ("accidit", en latin) et que nous pourrions appeler "incidents" lorsque les dommages sont minimes et les "presqu'accidents" lorsqu'il n'y a aucun dommage ou lorsque tout concourait pour que l'accident survienne.

Ces deux dernières situations peuvent avoir d'ailleurs un rôle important dans la prévention des accidents proprement dits de par la prise de conscience des causes qui auraient pu occasionner un dommage. Il est souhaitable cependant d'agir en vue d'éviter aussi les incidents et les presqu'accidents. L'analyse et le décodage de ces situations permet d'éviter que l'accident ne se produise. De plus, cette analyse peut déculpabiliser les personnes lors d'animations.

La personne peut elle-même se comporter de façon à réduire ou augmenter le risque. Si la personne ne peut agir sur son âge chronologique (sur son nombre d'années), elle peut par contre agir sur son âge physiologique

(l'état général du corps). De plus, la confiance en soi, le juste sentiment de sécurité s'entretiennent par des habitudes de vie.

Avec l'âge nous voyons diminuer la force musculaire, l'adaptation cardiaque et respiratoire à l'effort, l'équilibre et l'acuité visuelle et auditive, tandis que la sensibilité au stress et la fragilité osseuse augmentent.

Nous pouvons malgré tout nous "entretenir" en vue de retarder les processus de vieillissement notamment par des activités physiques et sociales. A tout moment, il est important de se dire "je suis encore capable de..." plutôt que "je ne peux plus..."

La personne peut influencer non seulement sur les phénomènes liés à l'âge mais aussi sur une certaine pathologie en passant par exemple un examen de la vue et de l'ouïe, en faisant corriger les verres de lunettes, en se faisant opérer en cas de cataracte, en portant un appareil auditif, en faisant appel à un podologue, une pédicure, en portant des chaussures adéquates en cas de problèmes spécifiques, en utilisant une canne,...

La personne est également responsable de sa consommation de tabac et d'alcool qui affecte la fonction vestibulaire. Celle-ci aide à l'orientation dans l'espace et contrôle la fixation visuelle pendant les mouvements. De plus, l'alcool ralentit les réactions, provoque des étourdissements et diminue la rapidité d'esprit. La personne peut aussi contrôler sa prise de médicaments qui, exagérée ou erronée, multiplie les effets secondaires. Enfin, les dangers environnementaux du logement (voir pages ...) peuvent être sciement maintenus pour toute une série de raisons aussi valables les unes que les autres (c'est la carpe de ma grand-mère, j'ai toujours fait comme ça...).

La chute doit être évitée parce qu'elle est facteur de précipitation et d'aggravation des effets du vieillissement.

Modifier seulement le comportement ne suffit pas à éliminer tout risque de chute mais ne pas provoquer l'événement peut être l'attitude de base qui détermine nos démarches.

Une expérience québécoise

Une expérience a été menée à ce propos au Québec :

"En 1987, un projet a été mis en oeuvre dans un quartier de Montréal. Il s'adressait à la population âgée d'environ 60 ans et plus, tant isolée qu'active. Ce projet fut pris en charge par des animateurs sociaux et par des bénévoles retraités. Ces bénévoles, après avoir participé à une formation préparatoire, ont visité des personnes âgées de leur quartier et participé à la publication de documents et à l'organisation d'une semaine "sécurité". Ce sont les bénévoles qui ont animé des rencontres ayant pour thème "La santé et la sécurité chez soi".

Lors de l'évaluation de ce programme, il a été établi que 83 % des personnes concernées ont émis l'opinion qu'il était possible d'éviter les chutes à domicile par des mesures préventives et qu'elles connaissaient la teneur de celles-ci. L'évaluation répétée dans le temps a montré que des modifications avaient été apportées dans l'aménagement et le comportement.

L'intérêt d'une telle approche réside dans la participation active des personnes âgées elles-mêmes. Le contenu scientifique fut compris et intégré par ces bénévoles retraités qui ont dès lors transmis l'information sous une forme

compréhensible et adaptée à d'autres personnes de leur âge. Ces bénévoles ont réellement joué un rôle d'"expert sécurité" auprès de leurs pairs, ils ont pu évaluer leur propre attitude de sécurité, développer des habiletés et montrer leur créativité." (1)

Les résultats de cette expérience ne peut que nous stimuler à développer notre action en Brabant Wallon, puis au niveau communautaire puisqu'elle relève de la même démarche avec la même participation d'un public âgé.

(1) Bantuelle (M) in En Marche, 18 juin 92

Une campagne en Brabant Wallon

Conscients de l'importance du problème, l'Union Chrétienne des Pensionnés et le service Infor Santé de la Mutualité Chrétienne du Brabant Wallon ont décidé de mener une action commune concernant la prévention des chutes à domicile.

La campagne telle que nous l'avons imaginée se déroulera en trois phases principales et s'étendra sur plusieurs années:

- une phase de sensibilisation générale.

Nous envisageons d'abord une sensibilisation générale du public âgé par la diffusion massive du dépliant "Home sweet home ?", par voie d'affiches et par la présentation d'un stand attirant l'attention sur ce problème dans diverses associations locales. Une campagne de presse (locale, régionale et nationale) est aussi organisée. Nous avons travaillé avec la cellule média de l'ASBL Question Santé qui nous a aidé dans cette démarche. L'objectif poursuivi par cette première phase est de faire en sorte qu'un maximum de personnes aient connaissance du problème et possèdent déjà, en théorie, quelques réflexes anti-chutes (contenu du dépliant).

- une phase d'information.

Une fois la phase de sensibilisation effectuée, nous comptons

d'une part, organiser des séances d'information plus approfondies dans des groupes de personnes âgées. Lors de ces animations, du matériel de sécurité (barre d'appui, rampes...) sera présenté aux participants et un dossier comprenant une série de conseils pratiques et un diagnostic de la maison leur sera remis. D'autre part, nous désirons susciter l'intérêt et l'implication des professionnels qui rencontrent des personnes âgées (assistantes sociales, aides familiales, infirmières) de sorte qu'ils puissent conseiller un aménagement du domicile et informer sur les aides possibles. L'objectif, cette fois est d'amener les gens à poser un regard critique sur leur maison, de détecter les situations à risque et de connaître les possibilités d'aménagement et les services existants pour diminuer ces risques.

- une phase d'intervention.

La partie la plus concrète de la campagne se situe à ce niveau : nous souhaitons créer, dans le Brabant Wallon, des services de consultation et d'intervention qui seraient chargés, à la demande de la personne, de poser un diagnostic sur l'état de sécurité du domicile et/ou d'aider à l'aménagement pour rendre la maison plus sûre (installer un interrupteur, placer une barre d'appui...). Certains

groupes d'entraide existent déjà dans les amicales UCP, dans les paroisses, les CPAS, les mutuelles, nous nous proposons d'en faire un relevé et d'informer quelques-uns de ces bénévoles sur les possibilités d'aménagement. Nous les inviterons aussi à servir de relais. Les objectifs de cette troisième phase sont, à long terme, de créer ou d'utiliser, s'ils existent déjà, des services d'aide à l'aménagement pour des "maisons sans risque", de former les bénévoles de ces services et de créer des synergies entre les services existants.

Enfin, après une première expérience en Brabant Wallon, nous envisageons de reproduire notre campagne dans d'autres régions de la Communauté Française, dans le cadre du réseau RAS (1). Dans ce cas, les organismes demandeurs devront assurer eux-mêmes les trois phases précitées, notre collaboration se limitant en terme de prêt de matériel, de formation et d'information.

(1) RAS = Réseau Actions Sécurité : projet qui vise à mettre en place une stratégie communautaire et locale pour créer les conditions permettant de développer la prévention des accidents domestiques. (Education Santé 58, p.37).

FB). A défaut de fréquenter un club sportif, quelques exercices de dérouillage pratiqués quotidiennement feront le plus grand bien. Divers magazines proposent des exercices simples. Un livre dont l'objectif prioritaire est la prévention des chutes, propose des exercices adaptés à l'âge (1).

Savoir se faire des amis.

Si la bonne forme physique est importante, un certain bien-être psychique reste primordial. En gardant le contact avec le monde extérieur (amis, famille) et en ne restant pas isolé, seul chez soi, vous garderez la totalité de vos capacités d'éveil. Rien n'est pire que l'isolement, la solitude. C'est aussi la raison pour laquelle l'UCP propose des lieux d'animation où l'on peut se faire des amis et rencontrer des personnes du même âge.

Dans le même ordre d'idée, le vieillissement peut s'accompagner peu à peu d'un désengagement de l'individu dans la société (mise à la retraite, moins de responsabilités...). C'est le moment de se découvrir un nouveau rôle dans cette société, de nouvelles motivations, des centres d'intérêt sous peine de tomber dans une certaine forme d'inertie qui peut se montrer psychologiquement dévastatrice.

Des services sont à votre disposition.

A partir d'un certain âge, les conditions physiques (difficulté de se déplacer, manque d'équilibre...) sont telles que certaines tâches routinières (ménage, course...) peuvent se révéler dangereuses et être sources d'accidents. C'est pourquoi toute une série de services ont été créés pour vous aider et vous éviter l'accident. Il ne faut pas avoir peur d'y recourir. Ils sont là pour ça.

Les services sociaux

Les différents services sociaux (mutuelles, CPAS, coordination de soins à domicile...) ont pour

rôle de servir de coordinateur, de lien entre les personnes dans le besoin et les services qui existent dans la région. L'assistant(e) social(e) est donc la personne de référence qui peut vous guider vers les services compétents ou qui peut résoudre les problèmes administratifs ou autres que l'on rencontre dans la vie courante (impôts, allocations...). De plus, comme elle rend visite à domicile, elle sera attentive aux problèmes d'aménagement du domicile et est à même soit de conseiller, soit de faire intervenir des services extérieurs (services d'entraide, aides ménagères...).

Les aides ménagères

Les aides ménagères s'occupent de petits travaux ménagers (repassage, nettoyage). Il convient de contacter directement le service (cf. pages jaunes de l'annuaire téléphonique) ou de faire intervenir un des services sociaux. Les prestations des aides ménagères sont payantes. Le prix est fixé en fonction des revenus de la personne et de la reconnaissance d'un éventuel handicap.

Les aides familiales

Les aides familiales ont un rôle d'accompagnement social de la personne (aide à la vie journalière: aide ménagère, courses, repas, petite toilette...). Les aides familiales passent un temps assez long avec les personnes et peuvent aussi servir d'intermédiaire avec les autres services. Les conditions financières d'intervention sont identiques à celles des aides ménagères.

Les services de petit entretien des maisons

Il existe également des services organisés par les mutuelles ou les communes qui s'occupent d'accomplir des petits travaux d'entretien dans la maison (réparation, travaux de peinture...) et dans le jardin (tonte de pelouse, désherbage...). Là aussi, les services sociaux peuvent vous renseigner.

Les services de bénévoles

Les communes, les paroisses, les mutualités développent actuellement des services de bénévoles pour aider les personnes dont l'autonomie se réduit. Ces bénévoles sont des personnes, généralement pensionnées ou pré-pensionnées, qui acceptent de consacrer un peu de leur temps pour aider les autres et apporter une aide non négligeable dans la vie quotidienne (transport, courses, garde-malade...).

Les services de télévigilance

Le service de "télévigilance" privilégie la personne seule âgée et/ou handicapée. La personne est reliée, via son téléphone, à une centrale d'alarme qu'elle peut appeler à tout moment - en cas de chute, notamment - grâce à un boîtier d'appel portable. Les demandes sont à adresser aux services de prêt de matériel ou aux services sociaux.

Les services "prêt de matériel"

Différents services (Solival, Croix-Rouge) sont à même de vous aider soit en terme de prêt de matériel (tribunes, cadre de marche, cannes, béquilles...) soit en terme de compétence technique pour assurer un "diagnostic de sécurité" dans la maison et l'intervention au niveau de l'aménagement (barres d'appui, rampes...).

Les services de repas à domicile

Certains CPAS ou centres de coordination (soins à domicile) peuvent assurer un service de repas chauds livrés à domicile. Aucune condition n'est requise pour y avoir droit. Les demandes doivent être adressées directement à ces services. Le prix moyen d'un repas est de 150 FB. Certaines maisons de repos proposent aussi cette possibilité.

(1) PETIT (B.), MARTEAU (D.), Ajoutez de la vie aux années, 1989, édit. resp. : GISPAG, rue de l'Espérance, 95, 6080, Monceau-sur-Sambre.

Objectifs à poursuivre en animation

1.Objectif de santé du programme:

Diminuer le nombre de chutes à domicile chez les personnes âgées de plus de 60 ans en agissant sur les facteurs de risques comportementaux et environnementaux.

2.Objectifs éducatifs du programme:

Les participants aux animations seront capables de connaître

- les principaux risques liés à la chute,
- les aménagements pour rendre le domicile plus sûr,

- les aides et services existants auxquels on peut s'adresser en cas de besoin.

Les participants aux animations seront capables d'

- utiliser des objets sûrs,
- adopter un comportement sûr, c'est à dire:

III QUELQUES CONSEILS GENERAUX

1. Utiliser des objets sûrs

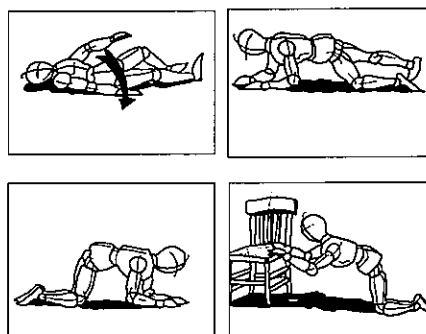
- Porter des chaussures, des pantoufles
 - qui tiennent bien au pied;
 - aux semelles antidérapantes;
 - à talon plat: des talons hauts provoquent plus facilement un déséquilibre.
- Utiliser un escabeau, une échelle
 - aux charnières solides;
 - stable;
 - aux échelons munis d'un revêtement antidérapant;
 - aux pieds revêtus de capuchons antidérapants.

2. Adopter un comportement sûr

- Eviter de se déplacer sous l'effet de tranquillisants, de somnifères, de sirops
 - ils peuvent provoquer une démarche hésitante, des vertiges, de la somnolence;
 - s'il n'est pas possible de faire autrement : se déplacer en se tenant à des objets fixes et stables (rampes, meubles...), éventuellement, utiliser une canne.
- Eclairer les endroits dangereux
 - mieux voir, c'est avant tout mieux éclairer. Avec l'âge, la vue baisse. Il faut donc compenser cette diminution par un éclairage accru.
- Ramasser ou essuyer immédiatement
 - tout corps glissant (beurre, huile, graisse, pelures diverses,...) tombé à terre;
 - tout objet qui peut provoquer la chute (outil, matériel de cuisine...).
- Demander de l'aide pour
 - accomplir des tâches trop lourdes : des services d'aide aux seniors existent, n'hésitez pas à y avoir recours;
 - atteindre des endroits difficiles; pas question de monter sur une chaise branlante.

● Effectuer des mouvements sans brusquerie prendre son temps pour se lever, se baisser, s'asseoir, veiller à toujours rester en équilibre.

● Avoir sous la main à proximité du téléphone une liste des numéros de téléphone d'urgence : médecin, famille proche, ambulance...
En cas de chute, il faut pouvoir se relever (sauf lésions graves touchant les membres inférieurs : fractures, luxations...). Ces schémas vous expliqueront ce qu'il convient de faire.



3. Etre vigilant

- observer son comportement et sa maison.
Le questionnaire de sécurité présenté plus loin dans cette brochure peut vous y aider : faites le tour de votre domicile en remplissant ce questionnaire, discernez vos points faibles et ceux de votre maison et référez-vous aux parties "Objets de sécurité" et "Adresses utiles" pour étudier les aménagements à effectuer et connaître les services qui peuvent vous y aider. Lorsque ces aménagements ont été réalisés, refaites une fois encore le test de sécurité. Cette démarche est à faire au moins une fois par an.
- évaluer ses limites physiques.
Le vieillissement entraîne une perte de certaines capacités phy-

siques (vue, mobilité, réflexes...). Par ailleurs certains facteurs liés à un état de santé précaire (variation de la tension, vertiges, troubles cardiaques, effets secondaires dus à des médicaments) favorisent les chutes. Il convient donc de connaître ses propres limites physiques et d'y adapter son comportement et son environnement

● analyser les presque accidents

Lorsque vous avez failli tomber, demandez-vous pourquoi et essayez d'aménager tout de suite l'endroit ou de modifier le comportement qui a été la cause de cette "presque chute" car les risques sont grands de tomber encore de la même façon et de vous blesser gravement cette fois.

4. Adopter des attitudes positives de prévention

Le sport, un bon moyen de prévenir la chute.

Le domicile a beau être adapté de façon à rendre le risque de chute minime, il n'empêche que ce risque existe toujours. Une activité physique régulière (1 ou 2 fois par semaine) peut vous aider à vous maintenir en forme et rendre vos mouvements plus sûrs. L'exercice physique renforce les os, retarde le vieillissement et l'atrophie des muscles, améliore la circulation sanguine et prémunit des maladies pulmonaires. Il entretient aussi les articulations.

Le sport est un loisir qui maintient en bonne santé : c'est aussi une activité importante pour prévenir les chutes. L'UCP Brabant Wallon, via le service Sports Seniors, regroupe actuellement 600 sportifs de plus de 50 ans et propose une dizaine de disciplines sportives (aquagym, natation, marche, yoga... prix par séance entre 50 et 100

éviter les obstacles, éliminer les risques de glissade, prévoir des points d'appui, éclairer les endroits sombres.

Les participants aux animations seront capables de prendre conscience

- de l'existence d'aides techniques et humaines et ne pas hésiter à y avoir recours,

- de leur responsabilité sur leur propre santé: observer systématiquement leur maison et leur comportement analyser les presque accidents,
- adopter des attitudes positives de prévention (activité physiques, sociales, recours aux services d'aide,...).

3. Objectifs intermédiaires :

- Les personnes âgées qui auront participé aux animations auront été sensibilisées aux facteurs influençant la chute et aux moyens d'éviter celle-ci.
- Cette sensibilisation visera à susciter des modifications comportementales et environnementales.

Un exemple d'exploitation de ce dossier

Ce dossier se veut une aide aux animateurs qui souhaiteraient travailler sur ce sujet. Nous proposons donc ici un exemple de ce qui peut être fait en animation. C'est un exemple de ce type que nous comptons développer lors de notre campagne en Brabant Wallon. Idéalement l'information aux personnes âgées devrait se faire en deux étapes avec entre elles le diagnostic du domicile.

Matériel didactique nécessaire :

- un magnétoscope + un téléviseur,
- la vidéocassette de l'IEIAS "Des chemins sans risques dans la maison",
- un tableau à feuilles détachables,
- du matériel de sécurité à présenter,
- le dossier à remettre en fin d'animation.

Déroulement des animations:

1ère animation (durée: environ 2 heures):

1. présentation de l'ampleur du problème : quelques chiffres pour montrer au public l'importance du problème (préparer les feuilles détachables): 5 minutes.

2. présentation de la campagne dans son ensemble : objectifs généraux + la place de l'animation dans l'ensemble: 5 minutes.

3. présentation de la vidéocassette de l'IEIAS "Des chemins sans risques dans la maison": 25 minutes.

4. discussion avec les participants sur les "presque chutes".

1er temps: l'animateur propose aux participants de dire comment la chute ou le presque accident aurait pu être évité : chaque participant se rappelle d'une situation de chute ou de presque accident. A partir d'une situation proposée, l'animateur propose de mettre en évidence les facteurs concrets qui sont intervenus dans la situation (comportement, environnement, pathologie).

2ème temps: à partir des idées des participants, l'animateur met en évidence les conseils de sécurité et les principes généraux de prévention: l'animateur peut utiliser une ou plusieurs situations suivant le temps dont il dispose. Ce décodage de situations doit permettre d'appréhender concrètement les facteurs de risques des chutes à domicile (60 minutes).

5. distribution du questionnaire d'évaluation sur la sécurité au domicile et explication du fonctionnement de ce questionnaire.

2ème animation: (durée: environ 2 heures):

1. Rappel de la première animation (5 minutes).
2. Feed back du questionnaire réalisé au domicile : les participants ont-ils fait le questionnaire? Qu'en disent-ils? (15 minutes).
3. Comment éviter la première chute : passage en revue des différentes pièces de la maison et des endroits dangereux avec référence au diagnostic effectué par les participants (15 minutes).
4. Dégagement des 4 grands conseils (15 minutes).
5. Les attitudes de prévention: exercice physique, socialisation... (15 minutes).
6. Présentation du matériel de sécurité (15 minutes).
7. Présentation et distribution du cahier pédagogique (5 minutes).
8. Evaluation des animations (10 minutes).

COMMENT EVITER LA CHUTE A DOMICILE

I QUATRE GRANDS PRINCIPES DE PREVENTION

La sécurité, c'est aussi une question de comportement. Il faut respecter quelques grandes notions de base pour faire en sorte d'éliminer la plus grande partie des risques d'accident. Il va de soi que les quelques conseils qui suivent n'ont pas l'ambition d'être exhaustifs mais peuvent être une aide pour comprendre les réflexes "anti-chute" à acquérir.

1. EVITER les obstacles (piles de livres, bouteilles,...) surtout dans les escaliers.

2. ELIMINER les risques de glissade.

3. PREVOIR des points d'appui (rampes, barres d'appui, meubles stables...).

4. ECLAIRER les endroits sombres.

II LES DIFFERENTES PIECES DE LA MAISON

1. LA SALLE DE SEJOUR :

Eviter les obstacles :

- Dégager les lieux de passage: pas de table roulante, chaise, petit mobilier dans l'endroit de passage d'une pièce à l'autre.
- Attacher les fils électriques le long des murs: pas de fils qui traînent à travers la pièce.

● Placer tous les appareils électriques le long des murs, de sorte à ne pas avoir de fils qui traînent dans la pièce.

Eliminer les risques de glissade

- Fixer les tapis: les tapis doivent être fixés au sol au moyen de bandes adhésives pour ne pas se recourber aux extrémités,

tenir bien en place et ne pas se superposer.

- Eviter les "patinoires": employer de la cire antidérapante et sans excès.

Prevoir des points d'appui

- Placer le mobilier le long des murs: ce mobilier pourra ainsi servir de point d'appui, s'il est solide et bien stable.

2. L'ESCALIER

L'escalier, ou même une marche entre deux pièces, est un des endroits où on tombe facilement. Il faut donc accorder une importance prioritaire à cet endroit.

Eviter les obstacles :

- Ne rien placer sur les marches (pas de livres, de vêtements, de vases,...) on peut s'y cogner et trébucher.

Eliminer les risques de glissade :

- S'il y a des tapis, veiller à ce qu'ils soient bien fixés sur l'escalier;
- Signaler la première et la dernière marche au moyen de bandes phosphorescentes antidérapantes. Ces bandes attireront inévitablement votre attention;
- Si c'est possible, peindre les marches et les contre-marches de couleurs différentes. Elles seront ainsi nettement visibles à distance;
- Eviter les revêtements glissants ou cirés.

Prevoir des points d'appui:

- Prevoir une rampe rigide si possible, placée des deux côtés de l'escalier et bien fixée dans le mur: une rampe mal attachée renforce le danger.

Eclairer les endroits sombres :

- Prevoir des ampoules d'intensité suffisante (60 watts minimum) et en avoir de réserve;
- Remplacer IMMEDIATEMENT une ampoule grillée, au besoin, en se faisant aider (ne pas prendre le risque de monter sur une échelle dans un escalier).

3. LA CHAMBRE A COUCHER

On séjourne dans la chambre à coucher surtout la nuit, quand il fait sombre. Un conseil en or: si l'on doit se relever la nuit, il faut éclairer la chambre.

Eliminer les risques de glissade :

- Fixer la moquette au sol (cf. les conseils donnés pour le salon, ils sont aussi d'application ici);
- Veiller à bien fixer les tapis (descentes de lit) principalement près des portes.

Eclairer les endroits sombres :

- Prevoir une lampe de chevet que l'on peut allumer de son lit: cela évitera de se déplacer dans le noir pour allumer;

Eviter de se déplacer pendant la nuit

- Prevoir ce dont on pourrait avoir besoin sur la table de nuit: verre d'eau, médicament dans un boîtier-doseur, matériel sanitaire, mouchoirs...;
- Si possible, placer ou faire placer un second poste de téléphone sur la table de nuit.

En cas de prise de médicaments

- Utiliser un boîtier-doseur (boîte dans laquelle on place les médicaments nécessaires pendant la journée). Tous les autres médicaments seront rangés dans la pharmacie familiale;
- Après la prise d'un somnifère ou d'un tranquillisant, ne plus se relever. Le médicament peut avoir des effets sur l'équilibre et la stabilité. Il est impératif de respecter l'avis du médecin (pas d'automédication).

4. LA SALLE DE BAINS

Tout comme l'escalier, la salle de bains est un endroit où le risque de chute est important. C'est le lieu par excellence où il faut se méfier des surfaces mouillées. Quelques petits aménagements sont indispensables.

Eliminer les risques de glissade :

- Les tapis (tapis de bain, de WC) devraient être fixés au sol (autocollant double face);
- Un tapis antidérapant de bonne qualité devrait être collé dans le fond de la baignoire au moyen de ventouses. Il existe aussi un produit antidérapant à mettre au pinceau dans le fond de sa baignoire (±1600 frs par baignoire). Ce produit est garanti 5 ans.

Eclairer les endroits sombres :

- Comme dans l'escalier, un éclairage suffisant est nécessaire, mais attention, pas de prise de courant ni d'interrupteurs à proximité de la baignoire ou de la douche (danger d'électrocution).

Aménager la salle de bains:

- Des barres d'appui à visser dans les murs aident à se relever (baignoire, WC). Ces barres vous assurent un point d'appui efficace. Il en existe différents modèles;
- Des rehausseurs augmentent la hauteur du WC de 10 à 15 cm selon les modèles d'où une facilité accrue pour se relever et donc, moins de danger;
- Des sièges amovibles en plastique permettent de sortir sans difficulté de la baignoire.