

professionnels et aux profanes dans les choix objectifs de l'action, des savoirs à transmettre et acquérir, voire même des priorités d'intervention, d'évaluation et de recherche? Quelles significations et fonctions, sociale et psychologique, les gens et les professionnels accordent-ils à la santé, au risque et à la maladie?

La journée sera organisée en plusieurs colloques simultanés, suivis d'un déjeuner-rencontre de 14h à 16h30. Nous y reviendrons plus longuement dans un prochain numéro.

Renseignements: UICL RESO, avenue Mounier 50, 1200 Bruxelles, tél. 02/764.56.44, fax 02/764.50.74.

Périnatalité Grivegnée

Jusqu'en juin 1996

«Allaiter son enfant»: soirées d'information tous les premiers mardis du mois, organisées par Infor-Allaitement.

Lieu: local de l'O.N.E., rue des Fortifications 25, à Grivegnée.

Renseignements: Nadine 041/68.66.55 (soir), Ingrid 041/44.11.28.

Infor-Allaitement assure une permanence téléphonique: 02/242.99.33.

Politique de santé Montréal

13-16 juin 1996

«Au-delà des soins: pour des politiques de santé»: 9e congrès de l'International Association of Health Policy.

31 mars 1996: date limite pour les pré-inscriptions.

Renseignements au secrétariat du congrès: Bureau de consultation et d'organisation de congrès, Université de Montréal, case postale 6128, succursale Centre-ville, Montréal (Québec), Canada H3C 3J7.

Formation Bruxelles

24 au 28 juin 1996

Module de formation «Les modèles explicatifs des comportements et de leur changement; une application des théories sociales cognitives dans un contexte de promotion de la santé», par le Professeur Gaston Godin, de l'Université Laval, Québec. Organisation: Unité de Promotion Education Santé, Ecole de Santé Publique ULB.

Modalités d'inscription: 25.000 FB (ou

26.000 FB si le paiement est effectué de l'étranger). Cette somme doit être payée dès l'acceptation de l'inscription et au plus tard le 31 mars 1996.

Renseignements: Monsieur Christian Heynderickx, PROMES, Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles, route de Lennik 808, CP596, 1070 Bruxelles, tél. 02/555.40.81, fax 02/555.40.49.

Education pour la santé Lyon (F)

Le Groupe de Recherche en Education pour la Santé, l'Association Départementale d'Education pour la Santé du Rhône, le Réseau Francophone International pour la Promotion de la Santé organisent le 10e Grand Prix Francophone d'Education pour la Santé.

Il récompensera une expérience originale d'éducation pour la santé. Parmi les critères d'attribution de ce prix:

- la définition d'objectifs préalables correspondant à des besoins réels de la population cible;
- la stratégie employée et notamment la qualité de la démarche pédagogique et le souci d'évaluation de la démarche à chaque étape de l'action;
- la multidisciplinarité des acteurs d'éducation pour la santé engagés dans l'action;
- le caractère innovateur de l'action, que ce soit globalement ou lors d'une ou plusieurs étapes de son déroulement.

Date limite de dépôt des candidatures et des travaux: le 30 avril 1996.

Dossiers de candidatures à retirer au secrétariat du G.R.E.P.S.: A.D.E.S. du Rhône, Quai Jules Courmont 71, F-69002 Lyon, tél. 78.37.65.68.

Education pour la santé

Une autre façon d'introduire l'éducation pour la santé dans les écoles ou pour un public d'adultes: «Une journée chez Barnabé».

Cette séance d'information fait appel au théâtre en tant qu'outil de sensibilisation. L'humour est au centre du travail théâtral et les comédiens développent leurs capacités dans le domaine de la «comedia dell'arte», de la pantomime et du jeu de clown.

Le spectacle, qui dure 50 minutes, aborde les thèmes suivants: l'hygiène, l'alimentation, la drogue, l'alcool, le

stress, le tabac, le sport, le sommeil, en survolant la journée d'une famille comme il en existe beaucoup.

Il me semble important de prolonger ce spectacle par une animation qui peut soit aborder les différents thèmes, soit se focaliser sur certains d'entre-eux.

Pour en savoir plus, contactez: Yapo-cothéâtre, Jean-Charles Van Antwerpen, tél. 02/512.96.85.

(Information fournie par Josette Samray, infirmière, chef de travaux au Centre de Formation pour le personnel technique des Centres PMS de la Communauté française).

Formation

Comme chaque année, Santé et Communication organise diverses formations destinées aux professionnels de la santé, formateurs, animateurs, décideurs, ... Ces formations se répartissent autour de trois axes: éducation et santé; communication et santé; illettrisme et santé.

Pour recevoir le programme complet de formation: Santé et Communication, rue de Charonne 153, F-75011 Paris, tél. 43.56.25.15, fax 43.56.70.61.

Emploi - demandes

- Graduada en diététique, expérimentée dans le secteur éducation nutritionnelle (formations, publications, consultations...) recherche activement un emploi qui lui permettrait d'exploiter ses compétences. Edith Miletto, rue de la Maladrée 38, 7110 Houdeng-Goenies, 064/22.90.07.

- Licenciée en nutrition, ayant une expérience d'actions au sein de communautés défavorisées au Brésil, souhaite mettre cette expérience au service d'une institution de promotion et d'éducation pour la santé et continuer à faire fructifier ces aptitudes dans un travail à but humanitaire. Séverine Moerman, place des Wallons 32/314, 1348 Louvain-la-Neuve, tél. 010/45.31.55.

- Diplômée en Sciences familiales et sexologiques, Licenciée et Agrégée en éducation pour la santé (UCL), souhaite travailler dans le domaine de l'éducation pour la santé (prévention sida, etc.). Expériences avec les femmes et les jeunes scolarisés. Adresse de contact: Myriam Nzanana, Dédale du Campanile 20/036, 1200 Bruxelles, tél. 02/772.80.11.

Education

SANTÉ

Stratégie

Les trois priorités de la Communauté française par Laurette Onkelinx, p. 3

Réflexions

La santé, c'est aussi l'affaire du travailleur social par Olivier Lechien, p. 4

Respect de la personne, sexualité et intimité par J. Delville et M. Mercier, p. 5

Education pour la santé et responsabilité financière des mutualités par Jos Kesenne p. 6

Locale

Mise en place d'un projet local p.9

Initiatives

Rendez-vous avec votre coeur par Hugues Ghenne et Jeanne Marie Delvaux p. 13

Documentation

Une banque d'images en promotion de la santé p. 23

Vu pour vous

La bande à Simon p. 24



Photo Rouchon/Explorer-Photo News

Alimentation

Conférence de consensus
et forum
sur l'amaigrissement p. 10



1996, année-charnière

Depuis plusieurs mois, on entend parler d'un avant-projet de décret qui devrait prochainement réorganiser en profondeur le secteur de la promotion de la santé en Communauté française de Belgique. Education Santé a été volontairement discrète à ce sujet jusqu'à présent.

En ce début d'année, nous publions un texte de la Ministre-Présidente Laurette Onkelinx, qui balise l'avenir plus ou moins proche. Le renouvellement du cadre légal est une de ses priorités pour 1996. Elle nous présente les lignes de force de son projet.

Nous espérons pouvoir servir de lieu d'échanges pour le débat qui ne manquera pas d'avoir lieu dans les prochains mois. En tout cas, nos colonnes sont disponibles!

L'an dernier fut à marquer d'une pierre blanche pour nous, puisque nous avons franchi le cap des 100 numéros. Ce fut l'occasion d'une rencontre festive avec de nombreux collaborateurs bénévoles, qui nous a fait chaud au coeur, et qui est aussi un bel encouragement pour continuer notre mission d'information aux relais actifs en promotion de la santé. C'est dire si nous commençons 1996 dans de bonnes dispositions!

Toujours l'an passé, la campagne de prévention des assuétudes d'Infor-Drogues occupait la couverture du numéro de janvier-février. Une agence de publicité a réalisé à son tour une campagne 'anti-drogues' voici quelques semaines. Cette campagne d'affichage aux images pour le moins percutantes a suscité un certain émoi dans le secteur de la prévention. Nous y reviendrons dans notre prochain numéro.

Nous savons que vous appréciez beaucoup les suppléments encartés dans Education Santé. Nous pouvons déjà vous en annoncer au moins 7 en 1996, grâce à la confiance que nous font l'asbl Question Santé, la Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Education à la Santé, l'Institut Communautaire de l'Alimentation et de la Nutrition, le RESO de l'Université Catholique de Louvain, et nos collègues des Mutualités Socialistes.

Les autres propositions sont évidemment les bienvenues...

Christian De Bock, rédacteur en chef

Réabonnez-vous sans tarder!

Vous trouverez dans ce numéro un feuillet à compléter et à nous renvoyer si vous désirez continuer à recevoir notre publication.

Education Santé est une revue gratuite, grâce au soutien financier de la Communauté française de Belgique. Cette aide indispensable est la même que pour les autres services agréés. Elle n'augmente donc pas lorsque le nombre des abonnés progresse, ce qui a pour conséquence que les frais de production et d'expédition (plus d'un million et demi de francs belges en 95) augmentent aussi.

Cela nous oblige à vous demander régulièrement de nous confirmer votre intérêt pour Education Santé.

L'an passé, la progression du nombre des abonnés a été très forte, en grande partie grâce à la promotion que les autres services agréés (coordination et services aux éducateurs) ont faite pour notre mensuel. Nous sommes passés ainsi de 1300 exemplaires diffusés en avril à 2500 en décembre.

Et 2500 est la barre fatidique au-delà de laquelle l'équilibre financier de la revue n'est plus assuré. C'est pourquoi nous vous demandons cette petite corvée.

Attention, cela concerne tous les abonnés, en Belgique comme à l'étranger, fidèles de la première heure et derniers venus. Ne soyez pas parmi ceux qui, dans quelques mois, s'étonneront de ne plus recevoir Education Santé, et nous demanderont des numéros manquants épuisés pour mettre à jour leur collection!

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

Rédacteur en chef: Christian De Bock.

Conseiller de la rédaction: Jacques Henkinbrant.

Secrétaire de rédaction: Bernadette Taeymans.

Secrétaire de rédaction adjoint: Anne Fenaux.

Rédaction: Jean-Benoît Dufour, Maryse Van Audenhaege

Documentation: Maryse Van Audenhaege.

Abonnements: Franca Tartamella.

Comité de rédaction: Pierre Anselme, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Christian De Bock, Alain Deccache, Michel Demarteau, Anne Fenaux, Jacques Henkinbrant, Geneviève Houioux, Roger Lonfils, Vincent Magos, Thierry Poucet, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Eric Vandersteenen.

Editeur responsable: Edouard Descampe.

Maquette: Philippe Maréchal.

Mise en page, photogravure et impression: Economat ANMC.

Tirage: 2.800 exemplaires.

Diffusion: 2.600 exemplaires.



Diffusion à l'étranger assurée grâce à l'appui du Commissariat Général aux Relations Internationales de la Communauté française de Belgique et du Réseau francophone international pour la promotion de la santé.

ISSN: 0776 - 2623.

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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

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

Brèves

Formation communication

Bruxelles

A partir du 13 février 1996

Il reste encore quelques places pour les modules II, III et IV.

Module II - décodage de la publicité, de l'information et des médias: 13/02, 20/02, 27/02;

Module III - médiatisation d'une campagne de promotion de la santé: 12/03 - 19/03 - 26/03;

Module IV - techniques de réalisation graphique et audio-visuelle: 16/04 - 23/04 - 30/04.

Renseignements: Philippe Mouchet, Question Santé, 02/512.41.74.

Si vous êtes intéressés par un module sur le sponsoring (recherche de partenaires, problèmes éthiques, cas pratiques,...), signalez-le rapidement à Philippe Mouchet.

Accident médical

Bruxelles

14 février 1996

Colloque interuniversitaire sur le thème «Responsabilité et accidents médicaux».

Lieu: ULB, Institut de Sociologie, salle Dupreel, avenue Jeanne 44, 1050 Bruxelles, tél. 02/650.40.47.

Renseignements: UCL, Centre de Droit de la Consommation, Mireille Gérard, place des Doyens 1, 1348 Louvain-la-Neuve, tél. 010/47.85.31, fax 010/47.85.32.

Maladie

Namur

15 février 1996

Conférence sur le thème «Maladies graves: quelles dynamiques psychologiques?».

Organisation: Dr. J. Delville-Mercier, Pr. M. Mercier, Département de Psychologie FUNDP et le cercle des étudiants en médecine.

Lieu: auditoire Pedro Arrupe, rue de Bruxelles, Namur (à 20 heures).

Renseignements: secrétariat du Pr. Mercier, Département de Psychologie, Faculté de Médecine, FUNDP, rue de Bruxelles 61, 5000 Namur, tél. 081/72.44.30, fax 081/72.44.31.

Périnatalité

Charleroi

1er mars 1996

«Allaitement: conceptions nouvelles... et implications pratiques». Matinée d'information destinée aux écoles de nursing (de 9 à 12h30).

Modalités de participation: 200 francs; inscription obligatoire par groupe avant le 10 février 1996.

Renseignements: Charleroi-Naissance: Allaitement-infos, Karine Roisin, avenue Général Michel 1B, 6000 Charleroi, tél. 071/33.02.29 et 071/30.14.48.

Médicament

Bruxelles

4 mars 1996

Dans le cadre des Lundis midis du Marais, conférence sur «L'automédication», par le Docteur Josette Charles, du Centre Coopératif de la Consommation.

Lieu: rue du Damier 23, 1000 Bruxelles (de 12h15 à 13h45).

Atelier sur le même thème le 11 mars 1996.

Stress

Charleroi

Du 4 mars à mi-juin 1996

Atelier «Gestion du stress», organisé par les Femmes Prévoyantes Socialistes de Charleroi: 12 séances de 2 heures, à raison d'une séance par semaine (1/2 heure consacrée à la relaxation).

Renseignements: Florence Bierlaire, animatrice FAM et psychothérapeute, 071/20.87.45.

Enfant

Bruxelles

11, 12 et 13 mars 1996

Colloque international «L'abus sexuel de l'enfant», sous l'égide du Fonds Houtman, en collaboration avec l'Office de la Naissance et de l'Enfance.

Lieu: Palais des Congrès de Bruxelles. Droit d'inscription: 6.800 FB (4.000 FB pour les étudiants, gratuit pour les TMS de l'O.N.E.)

Renseignements: Secrétariat du Colloque, avenue de la Toison d'Or 86, 1060 Bruxelles, tél. 02/542.14.07, fax 02/542.14.09.

Assuétudes

Bruxelles

Avril - mai 1996

Troisième module de formation proposé par Infor-Drogues aux équipes pédagogiques de l'enseignement secondaire.

Dates:

lundi 22 avril 1996, de 9h15 à 12h

jeudi 2 mai 1996, de 9h15 à 12h

lundi 13 mai 1996, de 9h15 à 12h

jeudi 23 mai 1996, de 9h15 à 12h

jeudi 30 mai 1996, de 9h15 à 12h

date limite d'inscription le 18 mars 1996.

Renseignements: Infor-Drogues, chaussée de Waterloo 302, 1060 Bruxelles, tél. 02/534.14.01

Formation

Bruxelles

11 mai 1996

VIIe Journée d'Education pour la Santé de l'Unité d'éducation pour la Santé, RESO-UCL, le samedi 11 mai 1996, de 9h à 16h30 (Faculté de Médecine, UCL, Bruxelles). Thème: «Promotion de la santé et santé du public: vers de nouveaux enjeux?».

Depuis une dizaine d'années, l'éducation pour la santé est au coeur de nouvelles évolutions porteuses de défis, de conflits et d'améliorations: - d'une vision organiciste, ou par pathologie, de l'action sanitaire à des programmes construits à partir des publics ou des milieux de vie;

- élargissement vers la promotion de la santé, la participation, la santé communautaire;

- passage d'une approche strictement experte de la santé vers une approche populationnelle;

- dépassement de la prévention des risques (contre la maladie) vers la valorisation de la santé, comme partie de la qualité de vie;

- ouverture à l'interdisciplinarité, à la diversité des méthodes, et aux chocs des paradigmes...

Comment ces développements se concrétisent-ils dans la pratique? Pour les éducateurs pour la santé et autres professionnels de la santé, quelles sont les nouvelles orientations d'action? Quels en sont les liens avec les précédentes, quelles complémentarités, oppositions et limites présentent-elles?

Du point de vue de l'éthique, quelles valeurs soutiennent ces développements et quelles questions éthiques se posent? Quelle place est laissée aux valeurs d'équité, de solidarité sociale par rapport aux impératifs d'efficacité et d'efficience? Quelle place est donnée à la personne et son entourage, à l'individu, la communauté et la société?

Du point de vue des disciplines concernées, qu'apporte l'interdisciplinarité entre les sciences de la santé publique, de la médecine, de l'éducation, de la communication...? Vers quels nouveaux concepts et quelles approches théoriques mène-elle? Vers quelles méthodes et quels moyens?

Du point de vue des contenus, quelles parts respectives reviennent aux pro-

ENFANT

- MATHUES E., L'enfant à l'hôpital, n°94, 02/95, pp.10-11
- Nicolas apprend à traverser, n°94, 02/95, p.17
- GOOSSENS F., PARENT M., Le rôle des enfants dans la vie familiale: participation et négociation, n°96, 04/95, pp.14-16
- MERCIER M., DELVILLE J., 6ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. Recherche et formation dans le domaine des abus sexuels vis-à-vis des enfants, n°99, 07/95, pp.34-36
- PETERS P., Prévention de la violence et résolution des conflits, n°101, 10/95, pp.6-9
- Sécurité du jeune enfant, n°102, 11/95, pp.12-13
- L'enfant et l'hôpital, n°103, 12/95, p.17

ENTRAIDE

- Les fiches du self-help. Aphasie - Proches d'alcoolique - Enfance et handicap - Cancer du sein, n°95, 03/95, pp.13-14
- BRADFER G., Pour une politique du self-help en Région de Bruxelles-Capitale, n°98, 06/95, pp.21-22
- Les fiches du self-help. Alzheimer - Rupture conjugale - Fente labio-palatine - Lupus érythémateux, n°98, 06/95
- Inventaire 1995 des groupes d'entraide, n°99, 07/95 (Supplément)
- Les fiches du self-help. Psoriasis - Abus sexuels - Laryngectomie - Polyarthrite, n°102, 11/95, pp.21-22

ENVIRONNEMENT

- HENDRICKX F., Sécurité, santé et environnement, n°97, 05/95, pp.6-9

EXERCICE PHYSIQUE

- V.J., Des athlètes dans leur tête, n°94, 02/95, pp.16-17
- HARVEY G., BROSSARD B., MOREL L., Promotion de l'activité physique. Profil évolutif de l'implantation de 'Famille au Jeu' au sein de six municipalités du Québec, n°96, 04/95, pp.2-6

FEMME

- V.J., Etes-vous une femme citrouille?, n°94, 02/95, pp.19-20
- JANZYK V., Pour en finir avec les femmes-troncs, n°102, 11/95, pp.23-24

FORMATION

- DE BOCK C., DE GRANGES N., TAEYMANS B., L'éducateur pour la santé: acteur et formateur, n°97, 05/95, pp.16-18
- DECCACHE A., 6ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. Réflexion introductive sur le thème de cette journée et sur les formations en éducation pour la santé., n°99, 07/95, pp.3-5
- LEVA C., 6ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. Allocution d'ouverture, n°99, 07/95, p.5
- GOMEZ RISUENO M.A., 6ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. Formation permanente des enseignants en éducation pour la santé, n°99, 07/95, pp.6-8
- MEREMANS P., 6ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. La formation des enseignants: nécessité d'une analyse du cadre théorique et éthique préalable à une démarche d'éducation pour la santé, n°99, 07/95, pp.9-10
- PIRON F., 6ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. Périnatalité: d'une étude des besoins à la formation des intervenants, n°99, 07/95, pp.11-13
- GERMANES G., 6ème Journée scienti-

fique d'EpS RESO-UCL. Santé globale de l'enfant: les parents, premières ressources..., n°99, 07/95, pp.13-15

- RENARD C., 6ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. Quand l'intervention en éducation pour la santé devient support de formation à l'école primaire, n°99, 07/95, pp.15-17
- DESCHAMPS J.-P., L'éducation à la santé: des contradictions à gérer, n°99, 07/95, p.18
- GAGNAYRE R., 6ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. La relation pédagogique dans l'éducation du patient, n°99, 07/95, pp.19-21
- VAN BALLEKOM K.P., DECCACHE A., RENARD C., MEREMANS P., 6ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. La communication médecins-patients dans le contexte du sida: un projet européen de formation 1991-1995, n°99, 07/95, pp.21-22, 27-28
- 6ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. Formations universitaires en éducation pour la santé et éducation du patient, n°99, 07/95
- DUMONT J., 6ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. Formation et auto-formation dans le cadre d'une fonction de coordination en éducation du patient, n°99, 07/95, pp.28-29
- DECCACHE A., 6ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. Former à l'éducation pour la santé du patient: relation soignant-soigné et relation soignant-soigné, n°99, 07/95, pp.29-31
- SANDRIN BERTHON B., 6ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. Approche et écoute des jeunes en difficulté d'insertion sociale, n°99, 07/95, pp.32-34
- MERCIER M., DELVILLE J., 6ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. Recherche et formation dans le domaine des abus sexuels vis-à-vis des enfants, n°99, 07/95, pp.34-36
- CAMPAGNA P., 6ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. Milieu du travail comme milieu de vie, n°99, 07/95, pp.36-38
- ROUCLOUX A., 6ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. Namur Ville Sans Tabac, n°99, 07/95, pp.39-40
- BERTRAND - BASCHWITZ M.A., 6ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. Bibliographie: formation et éducation pour la santé, n°99, 07/95, pp.41-45

HANDICAP

- MERCIER M., Handicap et Santé, n°97, 05/95, p.18
- Dialogue dans le noir. A la découverte d'un monde parallèle, n°102, 11/95, pp.17-18

HYGIENE BUCCO-DENTAIRE

- Souriez Sympadent, n°96, 04/95, p.14
- Pour un sourire éclatant, relève le gant!, n°96, 04/95, p.23

MALADIE CARDIO-VASCULAIRE

- BERGHMANS L., Carolo Cardio Santé, n°94, 02/95, pp.6-10
- Votre coeur approuvé, n°96, 04/95, p.24

MEDICAMENT

- DELVAUX J.-M., GHENNE H., Se soigner aussi bien et moins cher, n°94, 02/95, pp.11-12
- La Santé... à bonne école n°4, n°102, 11/95, pp.13-15 (Supplément)

MILIEU DEFAVORISE

- SANDRIN BERTHON B., 6ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. Approche et écoute des jeunes en difficulté d'insertion

sociale, n°99, 07/95, pp.32-34

PERINATALITE

- PIRON F., 6ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. Périnatalité: d'une étude des besoins à la formation des intervenants, n°99, 07/95, pp.11-13
- GERMANES G., 6ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. Santé globale de l'enfant: les parents, premières ressources..., n°99, 07/95, pp.13-15

PROMOTION DE LA SANTE

- HARVEY G., BROSSARD B., MOREL L., Promotion de l'activité physique. Profil évolutif de l'implantation de 'Famille au Jeu' au sein de six municipalités du Québec, n°96, 04/95, pp.2-6
- DE BOCK C., Bruxelles, ville-santé ou ville malade?, n°96, 04/95, pp.7-9
- Image de la santé, n°96, 04/95, p.25
- HENDRICKX F., Sécurité, santé et environnement, n°97, 05/95, pp.6-9
- TREFOIS P., Autonomie et prévention, n°98, 06/95, pp.2-3
- DE BOCK C., Culture et prévention santé, n°98, 06/95, p.16
- PIETTE D., La santé des Français sous surveillance, n°101, 10/95, pp.24-25
- PAME P., Evaluation et promotion de la santé. Etat de la question à travers la littérature internationale, n°102, 11/95, pp.3-5
- SPITAELS M., Made in Japan. XVe Conférence Mondiale de l'U.I.P.E.S., n°102, 11/95, pp.6-8
- SPITAELS M., Impressions d'Extrême-Orient, n°102, 11/95, pp.8-10
- ANDRIEN M., Enterrement de la francophonie à Tokyo?, n°102, 11/95, pp.10-11

SANTE MENTALE

- V.J., Raphaële Billetdoux et la relation d'aide, n°94, 02/95, pp.18-19
- A tabous rompus: le suicide, n°95, 03/95, p.21
- V.J., La grosse, n°95, 03/95, pp.22-23
- JANZYK V., La fatigue d'un écrivain, n°96, 04/95, pp.25-26

SECURITE SOCIALE

- DELVAUX J.-M., GHENNE H., Se soigner aussi bien et moins cher, n°94, 02/95, pp.11-12
- Solidarité à tous les étages, n°96, 04/95, p.11
- ELIAS N., La Sécu, une idée neuve qui a 50 ans, n°101, 10/95, pp.20-21

SIDA

- Lutte contre l'exclusion des personnes séropositives. Un premier pas en entreprise, n°94, 02/95, p.23
- VANDENDOOREN N., Histoires d'en parler, n°96, 04/95, p.27
- Désigner plutôt qu'exclure?, n°97, 05/95, pp.21-22

SOMMEIL

- Le sommeil?... Sur les deux oreilles!, n°96, 04/95, p.22

STRESS

- Stress sans détresse, n°103, 12/95, p.19

TABAGISME

- Ado sans T. Club Première Génération sans tabac, n°94, 02/95 (Supplément)
- Tabagisme en hausse chez les jeunes: alarmant ou alarmiste?, n°95, 03/95, p.4
- Namur Entrez sans fumer, n°95, 03/95 (Supplément)
- Le nombre de fumeurs ne diminue plus en Belgique, n°96, 04/95, p.12
- DONCK P., Le droit de fumer, n°97, 05/95, pp.19-20

Stratégie

Les trois priorités de Laurette Onkelinx pour 1996

A l'occasion de la parution du n° 100 de notre revue, Chantal Leva, responsable de la promotion de la santé au Cabinet de la Ministre-Présidente Laurette Onkelinx, nous a présenté les grandes lignes de la politique que cette dernière entend suivre cette année. Nous reproduisons ci-dessous le discours que la Ministre-Présidente aurait dû prononcer.

"Education Santé est le fruit d'une collaboration entre les deux plus importantes mutualités.

Je me réjouis à la fois de l'existence de cette synergie pluraliste, de la qualité et de la régularité de la revue dont nous fêtons le centième numéro aujourd'hui, et tiens à féliciter les équipes qui les animent.

Au cours de cette législature, je souhaite concrétiser trois projets qui me tiennent à coeur.

Promotion de la santé à la radio/TV

L'Arrêté du 18 juin 1995 prévoit l'attribution, par les organismes de radiodiffusion, d'un temps de diffusion gratuit destiné à promouvoir des campagnes d'éducation pour la santé. Je désire que ces nouvelles dispositions puissent entrer en vigueur au plus vite.

Une circulaire vient d'être envoyée aux organismes intéressés pour les informer des modalités pratiques à respecter. En voici les grandes lignes.

Les projets émanant d'organismes sans but lucratif, exerçant une activité de prévention ou de promotion de la santé au profit de la population ou de groupes-cibles relevant de la Communauté française, pourront être pris en considération.

Le message proposé devra être d'intérêt général, et donc concerner l'ensemble de la population de la Communauté française, ou un groupe-cible de celle-ci.

La demande sera soumise à l'avis d'une Commission qui vérifiera l'éthique du projet, sa rigueur scientifique et sa cohérence avec les campagnes de promotion de la santé de la Communauté française.

Le quota de secondes disponibles dans chaque organisme de radiotélévision sera réparti équitablement entre les différents domaines qui doivent prioritairement être concernés par une campagne d'information (1).

Un décret

Je souhaite faire aboutir, dans le cadre d'une large concertation, un décret organisant la promotion de la santé en Communauté française.

Dans ses grandes lignes, ce projet devrait être élaboré comme suit:

Un Plan communautaire de promotion de la santé sera arrêté chaque année par le Gouvernement, après consultation des partenaires concernés.

Ce Plan contiendra les lignes directrices à court (1 an) et moyen terme (5 ans) de la politique de promotion de la santé de la Communauté, auxquelles devront se conformer les services qui seront agréés sur le plan local ou sur le plan de la logistique, ainsi que les autres acteurs candidats à une subsidiarité.

Il devra également associer la politique de prévention du sida, de la toxicomanie et de la tuberculose.

La mise en oeuvre du Plan et le contrôle de son exécution au niveau central seront assurés par le Gouvernement, avec l'appui de l'Administration.

Un organe d'avis centralisé sera créé, pour remplacer la Cellule Permanente Education pour la Santé et le Conseil Communautaire Consultatif de Prévention pour la Santé, créé par l'arrêté de l'Exécutif du 1er juillet 1982.

Ce Conseil de Promotion de la Santé regroupera des représentants d'organes et de services experts en promotion de la santé sur le plan scientifique ou sur le plan de l'action elle-même.

Dix Centres Locaux de Promotion de la Santé seront créés et constitueront de véritables plates-formes chargées de décentraliser la politique de la Communauté française en matière de promotion de la santé.

Des subventions ponctuelles pourront aussi être accordées à des ac-

teurs de terrain dont les actions s'inscrivent dans la philosophie des programmes établis en conformité avec le Plan communautaire.

Les différents organes et acteurs pourront bénéficier de l'aide de Services communautaires à vocation logistique et méthodologique.

D'une manière générale, le budget consacré à la médecine préventive et à la promotion de la santé restera équivalent, mais il sera distribué de façon plus efficace.

Telles sont, brièvement esquissées, les nouvelles orientations qui devraient entrer en vigueur le 1er janvier 1997, un délai étant laissé aux structures qui fonctionnent actuellement afin qu'elles puissent s'adapter au nouveau schéma.

IMS-PMS

Le Gouvernement de la Communauté française s'est également engagé à intégrer dans une structure unique les services d'inspection médicale scolaire et les centres psycho-médico-sociaux, en veillant à ce que les missions respectives soient centrées sur le développement harmonieux de l'enfant et en évitant les doubles emplois, notamment en ce qui concerne l'éducation pour la santé.

L'éducation pour la santé est «l'affaire de tous»: des parents d'abord, des enseignants ensuite, dans leur rôle d'éducateurs, mais aussi des infirmières et des médecins de l'inspection médicale scolaire et des travailleurs médico-psycho-sociaux des PMS. Des synergies seront établies entre ces acteurs et leurs autres partenaires oeuvrant dans le cadre des structures de promotion de la santé de la Communauté.

Il me reste à souhaiter une bonne continuité à la revue Education Santé."

Laurette Onkelinx, Ministre-Présidente de la Communauté française de Belgique ■

(1) Pour de plus amples détails, voir le "Guide pour les campagnes de promotion de la santé à la radio et à la télévision" que nous avons annexé au numéro 103 de décembre 1995

L'assistant social, futur partenaire de la promotion de la santé?

Que d'aucuns ne s'en méprennent! A l'image de la journée de travail du 23 novembre dernier, organisée par le Service Education pour la Santé (Huy-Waremme), l'Association des Licenciés en Sciences Sanitaires et le CPAS de Liège, l'intitulé de cet article prête à confusion. N'était en fait principalement convié à ce colloque que le personnel des Centres Publics d'Aide Sociale de la Communauté française.

Les assistants sociaux, et surtout ceux des C.P.A.S., sont si souvent cloisonnés dans un suivi administratif individuel qu'il était temps de leur présenter le vaste monde de la promotion de la santé. Et puisque celui-ci se targue d'englober les autres disciplines humaines se rapportant à l'amélioration du bien-être, il était tout à fait cohérent qu'il jette les ponts entre les deux disciplines que sont la santé et le social.

Un fameux jeu de cartes

Il n'aura pas fallu de nombreux exemples pour que le public, généralement présent, comprenne combien la santé, au sein des C.P.A.S., est abordée encore et toujours de manière curative.

Les quelques cas concrets illustrés lors de ce colloque se limitent ainsi bien souvent à la mise en place d'une Carte Santé ou d'une Carte Médicale selon les endroits. La santé est appréhendée sous l'angle de l'accompagnement budgétaire, voire médical, mais toujours de façon individuelle. De plus, cet accompagnement ne concerne qu'une partie de la population, celle des minimexés.

Une évaluation d'impact de la Carte Santé menée à Charleroi, auprès du public cible, révèle d'ailleurs l'échec de cette politique d'encadrement. La consommation médicale des usagers a augmenté et avec elle la participation financière du C.P.A.S., sans parler bien sûr de la surcharge administrative pour le travailleur social.

Les pistes de travail préconisées à la suite de cette étude sont:

- développer des partenariats;
- diffuser l'information;

- rendre l'usager responsable.

Autant de thèmes favorables à la promotion de la santé. Mais la difficulté essentielle, inhérente au travail des assistants sociaux, tient dans la structure organisationnelle du C.P.A.S. Le pouvoir de la prise de décision est hiérarchique et le contrôle des usagers constamment présent. Les assistants sociaux sont limités à travailler au cas par cas, à appréhender la problématique de façon individuelle.

Des formules préventives plus larges existent néanmoins. Je citerai entre autres, car elles sont trop rares pour les passer sous silence, les Contrats Santé des C.P.A.S. de Liège et de La Louvière ou les Ateliers Cuisine des C.P.A.S. de Huy et de Amay. Ce sont là des tentatives courageuses qui mériteraient d'être soutenues tant de façon méthodologique que financière.

L'enjeu de la promotion de la santé

L'attention assidue des participants à l'exposé du Professeur G. Godin, de l'Université de Laval (Québec), confirmait l'idée que la promotion de la santé ne s'est pas encore ouverte au secteur social, et réciproquement, et que les travailleurs sociaux cherchent des méthodologies plus satisfaisantes dans leurs pratiques quotidiennes. Si le contenu était, par moment, très théorique, on pouvait voir toutefois combien les assistants sociaux étaient intrigués par cette approche préventive de la santé.

La santé n'est plus un but en soi, mais une manière de vivre. L'enjeu n'est plus au niveau individuel, mais au niveau collectif. Il ne s'agit plus d'une personne que l'on soigne, mais d'une communauté que l'on cherche à rendre autonome.

Les stratégies sont alors des buts à poursuivre pour agir sur les déterminants de la santé. La vision et l'action sont globales. Il s'agira selon ses fonctions ou ses responsabilités de:

- favoriser le renforcement du potentiel des personnes;
- soutenir les milieux de vie;

- harmoniser les politiques publiques;
- orienter le système de santé vers la promotion;
- renforcer la participation de la population et l'action communautaire;
- améliorer les conditions de vie;
- agir pour et avec les groupes vulnérables.

La promotion de la santé est une approche complexe et certainement plus adéquate pour cerner le public très spécifique des C.P.A.S.

Une redéfinition des partenaires

L'enjeu est donc de taille car de nouvelles modalités d'encadrement de la population cible nécessitent de la part de l'institution une remise en cause de son fonctionnement. Une manière d'y parvenir est sans nul doute de favoriser la formation continue des assistants sociaux. Et à en croire les interventions lors des ateliers de l'après-midi, c'est là un domaine chargé de longues revendications. Le travailleur social tient en fait à avoir les bonnes cartes en mains. La société qui l'entoure évolue, il est normal qu'il cherche à s'y adapter.

Ses revendications sont réfléchies, mais non déjà planifiées. Les travailleurs sociaux souhaitent contribuer eux-mêmes à l'amélioration de leur profession et c'est dans ce sens qu'ils souhaiteraient construire des outils de travail et d'évaluation en partenariat avec des personnes compétentes.

Une nouvelle donne?

De l'aide médicale à la promotion de la santé, le gouffre est aussi important que du travail individuel au travail communautaire. C'est une mentalité professionnelle qui doit évoluer.

Une formation précise devra alors être mise en oeuvre pour répondre à ce souhait d'innovation dans les pratiques professionnelles. La santé communautaire est en ce sens un des aspects de la promotion de la santé probablement le plus proche des assistants sociaux sensibilisés à l'action communautaire dans le secteur so-

ACCIDENT DOMESTIQUE

- La Lettre du Réseau Actions Sécurité n°1, n°95, 03/95 (Supplément)
- BANTUEILLE M., 10 ans de prévention des accidents domestiques de l'enfant en France, n°98, 06/95, pp.12-14
- La Santé... à bonne école n°3, n°98, 06/95 (Supplément)
- GENNART F., et al., La sécurité dans notre école, n°98, 06/95, pp.15-16
- Semaine de prévention des incendies, n°102, 11/95, pp.15-16
- La Lettre du Réseau Actions Sécurité n°4, n°103, 12/95 (Supplément)

ACCIDENT ROUTIER

- Nicolas apprend à traverser, n°94, 02/95, p.17
- Sécurité du jeune enfant, n°102, 11/95, pp.12-13

ADOLESCENT

- BERTRAND - BASCHWITZ M.A., DUSART A.F., Doc ad hoc. Le bien-être psychosocial des adolescents, n°95, 03/95, pp.15-20
- ORBAN M., Prévention primaire des assuetudes. Evaluation du programme 'Clefs pour l'Adolescence', n°103, 12/95, pp.15-17
- Parcours. Vers une prévention de la toxicomanie dans les écoles secondaires libres de la Province de Liège, n°103, 12/95, p.18

ALCOOL

- ADANT G., A consommer avec modération - une réaction, n°94, 02/95, p.13

ALIMENTATION

- L'éducation nutritionnelle et l'école promotrice de santé, n°94, 02/95, p.5
- Sacrées boissons sucrées, n°95, 03/95, p.3
- DE JONGHE K., JANZYK V., Mais que mangeons-nous? Un dossier pour promouvoir la santé à l'école primaire, n°98, 06/95, pp.11-12
- CLOSSET A., Fruits et légumes, des atouts santé, n°101, 10/95, pp.10-11
- LACROIX J., Nouvelles productions de l'ICAN. Des fruits, des légumes... et trois documents pédagogiques!, n°103, 12/95, pp.20-21

ASSUETUDE

- Prévention drogues, n°94, 02/95, p.14
- SPITAEELS M., Prévention des toxicomanies chez les Douze, n°95, 03/95, pp.7-12
- Approche d'un quartier. L'Equipe Mobile d'Infor-Drogues en Zone d'Action Prioritaire, n°98, 06/95, pp.4-6
- ORBAN M., Prévention primaire des assuetudes. Evaluation du programme 'Clefs pour l'Adolescence', n°103, 12/95, pp.15-17
- Parcours. Vers une prévention de la toxicomanie dans les écoles secondaires libres de la Province de Liège, n°103, 12/95, p.18

AUDIOVISUEL

- VANDERSTEENEN E., PECHEUR B., En direct de la Médiathèque, n°97, 05/95, pp.25-26
- Scénarios contre un virus, n°97, 05/95, p.26
- VANDERSTEENEN E., 5è Festival International du Film Médical et de Santé, n°98, 06/95, pp.25-27
- VANDERSTEENEN E., En direct de la Médiathèque. L'odyssée de l'esprit, n°98, 06/95, p.27
- VANDERSTEENEN E., Les classiques de l'audiovisuel en éducation pour la santé, n°100, 09/95, p.27
- VANDERSTEENEN E., PECHEUR B., Vu pour vous. En direct de la Médiathèque, n°101, 10/95, p.27

- VANDERSTEENEN E., DEGEHET A., Vu pour vous. En direct de la médiathèque, n°102, 11/95, p.25
- VANDERSTEENEN E., DEGEHET A., Vu pour vous. En direct de la Médiathèque, n°103, 12/95, p.26

CANCER

- La prévention des cancers et l'école promotrice de santé, n°94, 02/95, pp.3-5
- HOUIOUX G., VAN BOXEL A., La santé de demain par les enfants d'aujourd'hui, n°95, 03/95, pp.5-6

COMMUNICATION

- Des outils de formation pour mieux communiquer, n°95, 03/95, pp.4-5
- HENKINBRANT J., La santé en affiches. Eléments d'analyse sémiologique de l'affiche d'éducation pour la santé, n°100, 09/95
- POUCET T., La santé en affiches. Un œil prévenu en vaut deux, n°100, 09/95
- VAN CUTSEM V., Partir des besoins, tester les messages. Une nouvelle méthodologie dans la conception de documents de l'O.N.E., n°101, 10/95, p.19
- La santé en affiches, n°102, 11/95, pp.18-19
- Guide pour les campagnes de Promotion de la santé à la radio et à la télévision, n°103, 12/95 (Supplément)

DOCUMENTATION

- BERTRAND - BASCHWITZ M.A., DUSART A.F., Doc ad hoc. Le bien-être psychosocial des adolescents, n°95, 03/95, pp.15-20
- BERTRAND - BASCHWITZ M.A., 6ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. Bibliographie: formation et éducation pour la santé, n°99, 07/95, pp.41-45
- BERTRAND - BASCHWITZ M.A., Références, n°100, 09/95, pp.24-26

EDUCATION DU PATIENT

- GAGNAYRE R., 6ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. La relation pédagogique dans l'éducation du patient, n°99, 07/95, pp.19-21
- DIMONT J., 6ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. Formation et auto-formation dans le cadre d'une fonction de coordination en éducation du patient, n°99, 07/95, pp.28-29
- DECCACHE A., 6ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. Former à l'éducation pour la santé du patient: relation soignant-soigné et relation soignant-soignant, n°99, 07/95, pp.29-31

EDUCATION POUR LA SANTE - Milieu scolaire

- La prévention des cancers et l'école promotrice de santé, n°94, 02/95, pp.3-5
- HOUIOUX G., VAN BOXEL A., La santé de demain par les enfants d'aujourd'hui, n°95, 03/95, pp.5-6
- A La Louvière Ville Santé, une Maison Géante de la Santé, n°96, 04/95, pp.16-17
- JANZYK V., Domaine de la Louve, aurore de la santé, n°96, 04/95, pp.18-19
- Sur la piste de la santé, n°96, 04/95, pp.23-24
- LUFIN A., HOUIOUX G., Le curriculum en spirale, n°97, 05/95, pp.5-6
- LUFIN A., L'Agora du secteur de l'éducation pour la santé, n°97, 05/95, pp.10-11
- TAEYMANS B., Concours 'L'école en santé', n°97, 05/95, pp.13-15
- 1, 2, 3... Santé. Education pour la santé en milieu scolaire, n°97, 05/95, pp.23-24
- MICHA E., LUFIN A., NADIN C., Les voyages du Réseau Européen d'Ecoles en Santé, n°98, 06/95, pp.8-10

- La Santé... à bonne école n°3, n°98, 06/95 (Supplément)
- GENNART F., et al., La sécurité dans notre école, n°98, 06/95, pp.15-16
- MEREMANS P., 6ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. La formation des enseignants: nécessité d'une analyse du cadre théorique et éthique préalable à une démarche d'éducation pour la santé, n°99, 07/95, pp.9-10
- RENARD C., 6ème Journée scientifique d'EpS RESO-UCL. Quand l'intervention en éducation pour la santé devient support de formation à l'école primaire, n°99, 07/95, pp.15-17
- CLOSSET A., Fruits et légumes, des atouts santé, n°101, 10/95, pp.10-11
- DELOBEL G., Les écoles francophones du Réseau européen, n°101, 10/95, pp.11-12
- NOEL J.-L., Education pour la santé à l'école primaire. Troisièmes Universités de Printemps (Setubal), n°101, 10/95, pp.13-14
- THIEBAUT P., Santé à bonne école. Coup de sonde auprès des centres IMS et PMS, n°102, 11/95, pp.13-15
- La Santé... à bonne école n°4, n°102, 11/95, pp.13-15 (Supplément)
- TARAMARCAZ O., L'éducation par les pairs à l'école, n°103, 12/95, pp.2-13
- LACROIX J., Nouvelles productions de l'ICAN. Des fruits, des légumes... et trois documents pédagogiques!, n°103, 12/95, pp.20-21

EDUCATION POUR LA SANTE - Organisation

- Programmes subventionnés en 1994, n°95, 03/95, p.2
- DE BOCK C., Bruxelles, ville-santé ou ville malade?, n°96, 04/95, pp.7-9
- CHERBONNIER A., CUEPPENS C., PELOSIE L., 'Loup, où es-tu?...', n°96, 04/95, p.9
- Coordination efficace (La Louvière Ville Santé), n°96, 04/95, pp.20-21
- LIEVENS P., Un plan stratégique pour promouvoir la santé en Flandre, n°97, 05/95, pp.3-4
- MERCIER M., Handicap et Santé, n°97, 05/95, p.18
- Que pensez-vous d'Education Santé?, n°98, 06/95, pp.6-8
- HOUIOUX G., Brève histoire de l'éducation pour la santé et de ses approches, n°100, 09/95, pp.3-4
- DE BOCK C., Quatre mille pages, n°100, 09/95, pp.5-6, 23
- Locale. Mais que font donc les Commissions Locales de Coordination?, n°101, 10/95, pp.3-4
- Intentions politiques, n°101, 10/95, p.5
- MAGOS V., Décentraliser la prévention, n°101, 10/95, p.5
- BANTUEILLE M., VANDENBERG V., Locale. Le centre de documentation, lieu de contacts et d'échanges, n°102, 11/95, p.2
- Locale. Assurance de qualité, n°102, 11/95, pp.11-12
- LAFONTAINE C., Le CERES fête ses 10 ans, n°102, 11/95, pp.16-17
- VAN AUDENHAEGE M., Un numéro 100... ça se fête!, n°102, 11/95, p.19
- Locale. Faire évoluer la demande, n°103, 12/95, p.14
- EDUCATION SEXUELLE ET AFFECTIVE
- CHERBONNIER A., CUEPPENS C., PELOSIE L., 'Loup, où es-tu?...', n°96, 04/95, p.9
- TINANT N., IHADTEN L., Information sexuelle, n°96, 04/95, pp.10-11

■ La bande à Simon

Quel parent n'a jamais eu la hantise de voir son enfant se laisser tenter par l'alcool, la cigarette ou l'embrigadement dans une bande de jeunes pas très nets?

Quel est l'enfant qui n'a jamais été tenté de boire une canette de bière pour faire comme les autres du groupe, d'accepter un bonbon présenté par un inconnu qui a l'air si gentil ou de fumer une cigarette pour montrer qu'il en est capable comme les adultes?

L'anxiété des parents peut se traduire par des mises en garde culpabilisantes ou excessives.

Ces conseils, partant toujours d'une bonne intention, peuvent être mal perçus par l'enfant car trop abstraits, sortis de leur contexte ou effrayants. Voire même éveiller son intérêt pour le fruit défendu.

«La bande à Simon» est un vidéogramme retraçant la vie d'un enfant qui vient de déménager. Il part, avec son chien Orace à la découverte de son nouvel environnement physique et social. Simon y fait de nombreuses découvertes qui le confrontent à des situations qui font appel à son jugement critique.

La mise en scène est réaliste, intrigue et suspense constituent les ingrédients nécessaires et suffisants pour attirer un

public d'enfants de 6 à 12 ans, pour l'éduquer sans le lasser.

Cet outil, car il s'agit bien d'un outil, s'il n'était pas exploité comme tel perdrait son caractère éducatif de prévention des toxicomanies et des assuétudes et passerait inaperçu dans le dédale des vidéos pour enfants racontant des histoires style 'Club des cinq'.

Le livret pédagogique joint au vidéogramme permet à l'enseignant d'en faire ressortir tout l'intérêt, d'animer, d'échanger des idées et des émotions. C'est précisément dans cet échange que réside l'enjeu de la prévention primaire.



La bande à Simon, il ne manque qu'Orace...

Dire les choses sans insister

Durant les 25 minutes du film, le mot drogue n'est pas prononcé une seule fois, pas plus que des commentaires moralisateurs ou des mises en cause de produits qui pourraient inviter l'enfant à s'y intéresser.

De nombreux autres thèmes tels la tolérance, la solitude ou la peur, sont abordés et permettent de resituer les assuétudes dans un contexte global. La confrontation des avis, le développement de réflexions permettent à l'enfant d'assimiler de manière affective et aussi intellectuelle des concepts et des attitudes qui constituent les éléments de base pour poser des choix responsables, pour développer une attitude critique mais aussi de tolérance. De ce fait, les réflexions tant individuelles que collectives aboutissent aisément au concept plus large de la santé.

L'intégration des ces réflexions, de ces comportements doit être guidée, encadrée et soutenue par un adulte et nécessite un solide sens de l'écoute, une grande ouverture d'esprit sachant que certains enfants vivent, peut-être, des situations de consommation dans leur entourage ou pour eux-mêmes. Une attitude non culpabilisante pour l'enfant est donc de rigueur. A cet effet, l'initiateur du projet propose à l'enseignant qui se sentirait insuffisamment préparé, de faire appel aux collaborateurs d'institutions ressources indiquées dans le dossier.

La bande à Simon est une coproduction du CLAV (Centre Laïque de l'Audiovisuel ASBL) et de la RTBF. Le vidéogramme a été diffusé récemment dans le cadre de l'excellente émission 'Ici Blabla'. Si vous l'avez raté, il est en vente au prix de 2.000 Fr. au CLAV, rue Georges-Raeymaekers 52, 1030 Bruxelles. Tél. : 02/242.89.89. ■

■ Promotion de la santé et audiovisuel

La Médiathèque de la Communauté française de Belgique, le Centre de Co-ordination Communautaire et Education Santé envisagent d'organiser au cours du deuxième trimestre 1996 une journée centrée sur l'audiovisuel en tant qu'outil d'éducation pour la santé.

Objectifs

- Percevoir la complémentarité entre l'utilisation d'outils audiovisuels et d'autres méthodes éducatives (animations, écrits, etc.);
- Pouvoir sélectionner adéquatement l'outil audiovisuel adapté au projet de l'acteur de santé et à son public et lui permettre d'utiliser une grille d'analyse audiovisuelle;
- Comprendre ce qui préside à la con-

ception de certains outils et découvrir certaines nouveautés;

- Connaître les ressources audiovisuelles disponibles en éducation pour la santé.

Public visé

Personnes, structures et organismes oeuvrant en promotion de la santé: professionnels de santé, enseignants, CPAS, services sociaux, mouvements d'éducation permanente, mouvements de jeunesse, mutualités, médias, clubs sportifs, centres culturels, etc.

Ebauche de programme

- Présentations théoriques et témoignages de professionnels (émissions TV, CD-Rom, etc.);
- Projection-débat autour d'outils vi-

déographiques en présence des promoteurs et des réalisateurs;

- Démonstrations multimédia.

Vous êtes intéressés? Vous avez des suggestions à formuler? Renvoyez le coupon-réponse ci-dessous à Eric Vanderteenen, MCFB, Place de l'Armitié 6, 1160 Bruxelles, ou faxez-le au 02/737.18.88 avant le 20/02/96.

Je suis intéressé(e) par la journée «Promotion de la santé et audiovisuel»

Je préfère qu'elle ait lieu

en semaine un samedi

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Secteur d'activité :

cial. Mais ceci n'est pas l'objet de cet article. Nous pourrions en débattre ultérieurement.

Dans l'optique de la promotion de la santé, l'assistant social de C.P.A.S. devient bel et bien un acteur à part entière du monde de la santé. Des ponts ont été ouverts entre les deux disci-

plines, il faut maintenant que chacun veille à informer l'autre de ses particularités et de ses besoins.

Les décisions de soutenir des actions allant dans ce sens appartiennent aux responsables politiques de chaque partie. Le rôle des acteurs de terrain sera alors de les interpeller et de les sensibiliser.

Enfin, si cet article pouvait avoir une influence quelconque, je suggérerais à Education Santé d'entamer le rapprochement en se répandant largement auprès des assistants sociaux de tous horizons!

Xavier Lechien, Conseiller en méthodologie, APES asbl ■

■ Respect de la personne, sexualité et intimité

Différents modes d'approche permettent de réfléchir à l'importance du respect de l'intimité de la personne handicapée mentale. Dans ce document, nous suivons trois pistes de réflexion. La première est liée au courant qui analyse la problématique de la qualité de vie des personnes déficientes mentales. La deuxième concerne la réflexion à propos des modalités architecturales les plus adéquates pour les personnes handicapées mentales. Enfin, les études, pratiques éducatives, directives officielles de politique sociale concernant la sexualité chez les personnes déficientes mentales constituent notre troisième voie d'analyse.

Qualité de vie pour les personnes déficientes mentales

Depuis peu, des chercheurs et des praticiens se sont penchés sur le problème de la qualité de vie des personnes handicapées mentales ainsi que sur les moyens de l'évaluer d'abord, de l'améliorer ensuite.

L'ensemble de ces travaux, qui se sont également attachés à la situation des personnes dont la déficience est sévère, débouche sur l'importance de déterminer deux grands types de critères d'évaluation: des critères subjectifs et des critères objectifs. Parmi ces derniers, on retrouve la notion du respect de l'intimité, de l'importance de pouvoir s'isoler à certains moments dans un endroit privé. Ces critères sont notamment présents dans l'index de qualité de vie, publié par le Centre Butters Inc. et l'Institut des Erables, au Québec. Cette échelle d'évaluation est actuellement très utilisée au Canada, par les institutions et les services d'aide et d'accompagnement.

Architecture et intimité

Quelques travaux ont tenté de mettre en évidence quelles étaient les meilleures conditions d'habitat pour les personnes déficientes mentales. Une étude de Zimring (1979), citée par Legendre et Burlot (1), concerne une expérimentation destinée à mettre en évidence l'effet de différents types d'organisation de l'espace sur les comportements de déficients mentaux sévèrement handicapés.

En alternative aux anciens dortoirs sont proposées trois structures:

- boîtes individuels non fermés;
- chambre d'une ou deux personnes avec couloir d'accès;
- mini appartement pour plusieurs personnes.

Les variables prises en compte sont:

- les interactions entre résidents;
- les interactions staff-résidents;
- le degré de vigilance des résidents.

Les meilleurs résultats sont obtenus pour la structure en chambre car, selon l'auteur, il y a possibilité de contrôle de la part des personnes handicapées mentales sur leur environnement. Elles peuvent s'y déplacer, s'y repérer, y définir des zones d'activités, de rencontres ou d'isolement propre. L'auteur en définit la nécessité de mise à disposition de chaque résident d'un espace individuel privatif, contrôlable par lui.

Ils citent également Pedersen (1970) qui a expérimenté ce type de logement: les personnes handicapées mentales dorment mieux, les besoins en médicaments et tranquillisants diminuent, les relations sociales s'améliorent.

Intimité et sexualité

Ce sont notamment les travaux portant sur la sexualité des personnes déficientes mentales qui ont pointé l'im-

portance pour ces personnes de disposer d'espaces personnels. Depuis une vingtaine d'années, de multiples études, notamment anglo-saxonnes, ont montré que les personnes atteintes de déficience mentale étaient dotées, comme tout individu, d'une sexualité qui pouvait s'extérioriser par une variété de comportements, ainsi que de la possibilité de développer des relations affectives.

Cette sexualité est vécue différemment selon l'histoire de l'individu, son contexte socioculturel et éducatif, son milieu familial, son degré de déficience.

Dans ce sens, des travaux ont été développés afin de fournir aux personnes handicapées une aide éducative dans le domaine de la sexualité et de la vie affective. Les publications de A. Craft, qui fait autorité en la matière, insistent beaucoup sur l'apprentissage des règles sociales: par exemple, certains gestes peuvent être posés en public, d'autres sont réservés à la sphère privée.

En Grande-Bretagne, les recherches menées ont permis de mettre au point des guides destinés à aider les professionnels à gérer les problèmes de sexualité avec les personnes déficientes mentales. Certains comités ont indiqué ce type de guide dans leurs directives de politique sociale. Nous présentons ici une esquisse du contenu de deux de ces documents.

Le premier document, édité en 1989 par le Hertfordshire County Social Services Department, s'intitule «Departmental Policies and Guidelines for Staff on the Sexual and Personal Relationships of People with a Mental Handicap».

Il s'agit d'un document qui donne des directives officielles aux travailleurs qui sont en contact avec des personnes handicapées mentales. Dans

la philosophie proposée, trois grands principes sont décrits:

1. les personnes handicapées mentales ont la même valeur humaine que quiconque, et donc ont les mêmes droits, ainsi que les responsabilités qui en découlent;
2. les personnes déficientes mentales ont le droit et le besoin de vivre comme les autres dans la société;
3. les services doivent reconnaître l'individualité des personnes qui ont un handicap mental.

Le texte souligne ensuite que si l'on accepte ces principes de base, on reconnaît que des politiques doivent être développées en admettant le respect de la sexualité des personnes handicapées, qui sont nées, comme les autres, avec des pulsions sexuelles et des besoins affectifs.

Dans cette perspective, la politique du comté est décrite comme suit.

Les personnes déficientes mentales doivent:

- a. avoir l'opportunité de s'exprimer sexuellement si elles le désirent, comme les personnes non handicapées;
- b. être protégées de l'exploitation et des abus;
- c. recevoir une éducation et une guidance qui les soutiennent dans leur développement sexuel;
- d. avoir l'occasion de développer des relations intimes, amoureuses;
- e. disposer de l'intimité que de telles relations nécessitent.

A propos du développement personnel et sexuel, les auteurs considèrent qu'il

faut enseigner aux personnes handicapées que certains comportements ne sont pas admis en public, tels que la masturbation ou les relations sexuelles. Ils signalent que, en conséquence, les personnes handicapées mentales devraient, comme les autres, disposer d'un espace physique, par exemple leur chambre, pour s'engager dans des activités intimes.

Le second document s'intitule «Personal Relationships & Sexuality, Guidelines for Carers Working with People with Learning Disabilities». Il est édité par le East Sussex County Council Social Services Committee, qui a reconnu officiellement en 1991 les droits des adultes déficients intellectuels à comprendre, développer et exprimer leur sexualité dans les limites de la loi, en accord avec les valeurs morales généralement acceptées, dans le respect des droits des autres individus. Ce document va dans le même sens que le premier. Il met également en évidence l'importance du respect de la personne et de son intimité.

En conclusion, on peut souligner que reconnaître à la personne handicapée le droit à une expression de sexualité entraîne de manière automatique le respect d'une vie privée, d'une intimité.

Des auteurs francophones vont également dans ce sens. Ainsi Davin, Delvin et Le Polain de Waroux (2) expliquent: «Tout au long de son ouvrage *«Homme et Femme il les fit»* (3), Jean Vanier montre que les personnes ayant un handicap mental ont profondément

besoin, dans toutes les composantes de leur personnalité, de relation, d'intimité, de fécondité et de célébration. Quelle que soit la manière dont on présente ces quatre aspirations fondamentales, elles sont au centre de tout l'accompagnement de la vie affective et sexuelle de la personne handicapée».

Dans le même chapitre, les auteurs envisagent le problème de l'intimité: «Respect de l'intimité de la personne; respect de sa nudité; respect de ses secrets et de ses souvenirs mais aussi respect de son espace propre, dans lequel nous ne pouvons entrer sans être invité, sous peine de violation et dont elle seule peut nous indiquer les frontières invisibles entre une trop grande distance et une proximité jugée menaçante...».

Tous ces éléments vont dans le sens du respect de la personne humaine, avec ses caractéristiques individuelles propres. Le droit à l'intimité ne se limite évidemment pas à des aspects touchant la sexualité, mais celle-ci représente, nous semble-t-il, une des composantes justifiant ce droit.

Jacqueline Delville et Michel Mercier, Département de Psychologie, Faculté de Médecine, Centre Handicap et Santé (FUNDP), Namur ■

(1) Legendre et Burlot, *Conception et aménagement des lieux d'accueil*, in Ionescu S., *L'intervention en déficience mentale*, tome 1, P. Mardaga, Bruxelles, 1987

(2) *Une vie à vivre avec les personnes handicapées mentales*, Centurion 1989

(3) Vanier Jean, *Homme et Femme il les fit*, Paris, Fleurus, 1984

dépenses, mais elles essaieront surtout de les maîtriser en encourageant la prévention.

Qu'entend-on par responsabilité financière des mutualités?

Le système de responsabilité financière introduit en 1995 oblige les mutualités à respecter un budget établi à l'avance. Les mutualités qui ne parviennent pas à respecter ce budget

doivent, individuellement, combler une partie de leur déficit (15% en 1995 et 1996). En cas d'excédent éventuel, les mutualités doivent réserver une partie de cet excédent (15% également), pour couvrir les déficits futurs. Il s'agit de la responsabilité individuelle des unions nationales. Celles-ci devront toutefois encore assumer une responsabilité collective pour les 85% restants du résultat. Plus tard, ces 85% et 15% deviendront 80% et 20%, puis 75% et 25%. La responsabilité indivi-

Une nouvelle banque d'images spécialisée en promotion de la santé

Suite à de nombreuses demandes émanant du secteur promotion de la santé, l'asbl Question Santé en concertation avec la revue Education Santé, a décidé de se lancer dans la réalisation d'une banque d'images.

Le constat était simple à faire:

- les banques d'images commerciales sont généralement hors de prix pour le secteur associatif;
- les photos des banques d'images commerciales ne couvrent pratiquement pas le domaine de l'éducation et de la promotion de la santé et leur style 'publicitaire' ne cadre pas vraiment avec la philosophie de notre secteur;
- faute de photos et d'illustrations intéressantes et à bon prix, beaucoup de documents, brochures ou de revues du secteur sont encore fort peu illustrés.

C'est dommage. Il faut savoir en effet que souvent une simple photo et une bonne mise en page augmentent considérablement l'accroche et la lisibilité d'un document, par le simple fait que le texte est aéré. De plus, ainsi illustré, le document est souvent plus compréhensible, car il s'adresse aussi bien au cerveau gauche (lecture du texte) qu'au cerveau droit (perception de l'image).

Comment s'est constituée cette banque d'images?

Au départ, un questionnaire a été envoyé à différentes associations du secteur promotion de la santé pour déterminer leurs besoins en matière de photos. Sur base des résultats de cette enquête, une liste d'une dizaine de thèmes a été

dressée avec, pour chacun, un certain nombre de situations à photographier.

Comme le recours à des photographes professionnels est hors de prix, ce sont des étudiants d'une école de photo à Bruxelles (l'INRACI) qui ont réalisé les photos durant leurs mois de stage.

Ainsi, en 1995, une première série de 180 photos a pu être stockée dans la banque d'images.

En 1996, deux nouveaux stagiaires viendront, de janvier à avril, compléter cette banque d'images par la réalisation de photos sur de nouveaux thèmes.

Que trouve-t-on dans cette banque d'images?

Actuellement, les thèmes déjà illustrés sont les suivants:

- Accidents domestiques, alimentation, personnes handicapées, femmes enceintes et nourrissons, santé dentaire, assuétudes, activité physique et bien-être, enfance, examens médicaux, dépistage,...

En 96, outre l'approfondissement des thèmes précédents, les thèmes traités seront entre autres:

- Périnatalité, tranches d'âge, hygiène corporelle pour les enfants, stress, organes des sens, relations parents/enfants, grand-parents/petits-enfants, M.S.T., obésité / régime, fatigue, pollution, hospitalisation, ménopause, ostéoporose, problèmes de dos.

Si vous avez des suggestions de photos à réaliser, n'hésitez pas à les communiquer. Peut-être sera-t-il possible de

les faire réaliser dans le cadre de cette banque d'images.

Comment procéder?

Si vous souhaitez illustrer une revue, une brochure ou un dépliant, il vous suffit de nous téléphoner pour voir si le thème recherché figure déjà dans le catalogue des photos disponibles. Si oui, vous pouvez venir consulter sur place la banque d'images, ou demander qu'on vous réalise une première sélection dans laquelle vous choisirez la ou les photos que vous désirez utiliser.

Matériel disponible

Actuellement, la plupart des «photos» sont en fait des diapositives couleurs 24 x 36, ce qui est le format le plus adéquat pour les scanner et les intégrer dans votre document par infographie.

Quelques photos ont été réalisées en noir et blanc et ne sont donc disponibles qu'en photo.

La banque d'images est également stockée sur CD-Photo Kodak.

Combien ça coûte?

Pour vous donner un ordre d'idée de ce que coûte une photo dans une banque d'images commerciale, sachez qu'une photo couleur couvrant la moitié de la couverture d'un magazine (format A4) tirant à 2000 exemplaires vous coûtera environ 12.000 FB HTVA et hors commission de 15%.

La banque d'images de Question Santé a voulu rendre les photos accessibles à des petits budgets. A titre d'exemple, la même situation vous coûtera chez nous 3.750 FB...

Une liste de prix vous sera communiquée sur demande. Pour tous renseignements, contactez Philippe Mouchet au 02/512 41 74. ■

Documentation média

Si vous êtes intéressés par des ouvrages de référence et des données actualisées en communication, publicité, créativité, média, marketing, ... le service agréé «Communication Média» géré par l'asbl Question Santé met à votre disposition son centre de documentation interne. Tous les ouvrages mentionnés dans les formations en communication données par Question Santé sont disponibles dans ce centre de documentation spécialisée.

Que vous cherchiez les dernières théories sur l'influence de la publicité sur les enfants, sur la manière de décoder les images en publicité ou sur les nouveaux médias, vous pourrez obtenir des références précises sur ces thèmes.

Vous pouvez obtenir également la liste de tous les magazines qui touchent le secteur horeca, ou des voyages, les taux d'audience de la plupart des journaux, magazines, radios, télévisions, ainsi que les coordonnées précises de chacun d'eux.

Comment procéder?

Tous ces ouvrages sont consultables chez Question Santé sur rendez-vous (liste disponible sur simple demande). Pour l'instant, il n'est pas encore envisagé de pouvoir les emprunter.

Pour tous renseignements, contactez Philippe Mouchet, responsable du Service agréé «Communication Média» géré par l'asbl Question Santé, au 02/512 41 74. ■

■ Mon corps sens dessus dessous

Tout le monde sait qu'un corps sain et fort est très important. Pour mieux le faire comprendre aux enfants, et particulièrement aux enfants de 5 à 9 ans, les Editions Chantecler publient, en collaboration avec la Ligue Cardiologique Belge, un très beau livre qui les emmène à l'intérieur du corps humain.

Grâce à ce voyage à travers les organes et les sens, ils apprennent comment fonctionne leur propre corps et trouvent une réponse aux nombreuses questions qu'ils se posent. En même temps, ils apprennent par des petits jeux et des exercices très simples à vivre sagement. Afin de mieux percevoir l'importance des poumons et de la respiration, par exemple, un jeu est proposé: le petit lecteur doit souffler dans une paille placée dans un verre rempli de limonade et réaliser un maximum de bulles...

D'autres animations? Compter ses battements cardiaques, c'est si amusant. On explique à l'enfant comment écouter le coeur et comment percevoir les pulsations.



Les auteurs proposent aussi le concours «du-plus-beau-toast-bon-pour-la-santé». Les dessins présents partout dans ce livre sont particulièrement adaptés au groupe d'âge auquel il est destiné. Selon la formule consacrée, ce livre est en vente dans toutes les bonnes librairies au prix de 345 francs.

Mon corps sens dessus dessous, Ed. Chantecler / Ligue Cardiologique Belge, 1995, 36 pages. ■

■ L'enfant, sa famille et les médicaments

Par la façon dont les adultes le lui présentent, l'enfant perçoit très tôt qu'il y a plus que du médicament dans le médicament. Sa culture en ce domaine se construit moins avec les acquis de la pharmacologie qu'à travers ce qui le lie aux attitudes de ses proches et se cristallise parfois autour de l'objet médicament. Sur celui-ci, en outre, se donnent à voir puis à consommer plusieurs siècles de représentations familiales et sociales de la santé et de ses techniques.

L'enfant consomme des médicaments d'abord dans sa famille. Devenu adulte, parent à son tour, il s'en souviendra. Pour l'heure, il expérimente les réalités parfois ambivalentes du soin et de la prescription du point de vue de celui qui n'a encore que peu la parole pour discuter le contrat. Mais la symbolique du geste et de l'objet pare l'ensemble de quelques vertus magiques: rendre ou préserver la santé, vaincre la mort, renvoyer une question du registre de l'être vers celui de l'avoir, faire face aux difficultés de l'existence...

Du reste, il n'échappe pas à l'enfant que les médicaments circulent le plus souvent à partir d'une singulière épicerie dénommée pharmacie, où ils figurent parmi nombre de produits attirants; ni que l'incitation à en consommer rôde assez librement autour de lui; ni que l'idée qu'il se fait de sa santé passe par bien d'autres chemins.

Tout autant que l'industrie pharmaceutique, les parents et les professionnels de la santé et de l'éducation peuvent intéresser les enfants en leur parlant de médicaments. Et tous peuvent y trou-

ver l'occasion de redéfinir leurs conceptions, leurs rôles et leurs pratiques en matière de santé. C'est du moins ce qui mérite d'être recherché.

L'Institut de l'Enfance et de la Famille (IDEF) a pris l'initiative de lancer et d'animer un programme général d'études et d'interventions sur le thème: «L'enfant, sa famille et les médicaments».

Ce programme est structuré autour de deux objectifs principaux:

- mieux connaître et mieux comprendre les caractéristiques et les enjeux de la prescription, de l'acquisition et de la consommation des principales classes de médicaments, aujourd'hui, en France, aux différentes tranches d'âge de l'enfance et de l'adolescence;

- s'appuyer sur les connaissances rassemblées, les analyses produites et la dynamique créée à cette occasion, pour identifier et explorer de nouveaux axes de recherches, mais aussi pour inspirer, dans une perspective de promotion de la santé, la conception de messages à diffuser auprès des professionnels, des familles, des enfants et des jeunes.

Une première présentation des recherches, des actions et des réflexions répondant à ces objectifs a été effectuée à l'occasion d'un Colloque national, organisé par l'IDEF les 2 et 3 décembre 1993 à Paris.

L'essentiel des Actes de ce Colloque est désormais disponible sous la forme d'un ouvrage de 272.

Institut de l'Enfance et de la Famille, 3 rue Coq-Héron, 75001 Paris. Tél.: (1) 40.39.90.03. Fax: (1) 40.26.59.53. ■

■ Santé publique et Union européenne

Les politiques communautaires qui ont un impact sur la santé publique ne se limitent pas aux clauses qui concernent explicitement la santé, qui figurent à l'Article 129 du Traité de Maastricht, ou aux programmes européens qui concernent le cancer, la toxicomanie, le sida et la promotion de la santé.

Selon les estimations, plus de la moitié des Directions générales de la Commission européenne travaillent dans des domaines tels que l'industrie, l'agriculture, le marché intérieur, la po-

litique des consommateurs, l'environnement et les relations extérieures.

Cet ouvrage tente de fournir au lecteur des informations sur un grand nombre d'activités de l'Union européenne qui ont un impact sur la santé publique. La santé publique et l'Union européenne. Un aperçu, Alliance européenne pour la santé publique, 1995, 108 pages.

Alliance européenne pour la santé publique, place du Luxembourg 1, 1040 Bruxelles, tél. 02/512.93.60, fax 02/512.66.73. ■

duelle des mutualités deviendra donc progressivement plus importante.

Dans l'ancienne législation, les mutualités qui avaient un nombre relativement élevé de membres avec des revenus assez faibles et d'importants risques de santé, avaient donc des dépenses plus élevées tout en ayant moins de recettes provenant des cotisations. Ceci explique en partie des résultats négatifs du passé. La répartition des subsides ne tenait pas suffisamment compte d'un certain nombre de facteurs de risques et ne corrigeait pas assez la répartition des cotisations entre les mutualités.

Comme l'a toujours clairement souligné la Mutualité Chrétienne, pour pouvoir garantir une assurance maladie nationale et solidaire, avec une véritable responsabilité financière, il est indispensable que les différentes mutualités reçoivent des moyens conformément aux risques objectifs de santé de leurs membres. Les mutualités qui ont proportionnellement plus de membres présentant des risques de santé doivent donc recevoir les moyens correspondants pour pouvoir couvrir ces dépenses plus élevées. Il s'agit, bien sûr, des dépenses justifiées, c'est-à-dire celles qui découlent des problèmes de santé et de la morbidité des membres et non pas les dépenses découlant de la surconsommation, du manque de contrôle, du comportement prescripteur exagéré de certains médecins, etc... Au cours d'une phase transitoire il serait toutefois possible de tenir compte du facteur de l'offre excessive.

Un problème technique important se pose toutefois: il s'agit de trouver une formule précise pour répartir les moyens entre les unions nationales de mutualités. Cette formule devrait permettre de répartir les moyens en fonction des risques assurés.

A quels changements faut-il s'attendre?

L'introduction d'une véritable responsabilité financière des mutualités ne signifie pas que l'assurance maladie changera fondamentalement dans le futur. Les principes de base - solidarité et assurance - restent les mêmes et les activités mutualistes classiques quotidiennes se poursuivront comme auparavant. Le système actuel donne

d'ailleurs d'assez bons résultats. Les frais d'administration sont assez limités, l'accessibilité aux soins est très large et, malgré tout, la facture globale est loin d'être exorbitante, ce qui suscite la jalousie de pas mal de pays.

Néanmoins, les mutualités chrétiennes ont toujours plaidé en faveur d'une plus grande responsabilité financière comme instrument complémentaire pour améliorer la gestion des moyens limités de l'assurance maladie, en insistant également sur la nécessité d'appliquer la loi de la même façon pour toutes les mutualités et dans toutes les régions du pays. Les développements démographiques, les progrès médico-technologiques ainsi que le besoin d'assainir les finances publiques nous obligeront à devenir plus efficaces encore.

Une plus grande responsabilité financière incitera les mutualités à mieux maîtriser les dépenses et à conclure de meilleures conventions avec les prestataires de soins. Les contrôles existants sont souvent trop administratifs et ne portent pas suffisamment sur les problèmes de surconsommation ou de facturations erronées.

Il faut également évaluer le rôle de nos médecins conseils et de leurs collaborateurs. Ils doivent défendre les intérêts de nos membres dans un dialogue ouvert avec les médecins et les auxiliaires paramédicaux, ceci en essayant activement de rendre les soins plus efficaces. Il faut véritablement lutter contre la surconsommation, ceci au profit du système et de tous nos membres.

Les mutualités doivent avoir la possibilité, tant individuellement que collectivement, de stimuler les formes alternatives de soins. Des initiatives lancées à petite échelle peuvent ouvrir la voie aux renouvellements au niveau de l'organisation et du financement des soins de santé. Il faut donc prévoir la marge nécessaire pour pouvoir lancer des expériences et créer de nouveaux instruments afin d'améliorer la qualité des soins tout en maîtrisant les volumes et les prix. Il doit être possible d'élaborer des formules d'enveloppes et des modèles de soins intégraux, permettant d'offrir aux assurés un ensemble cohérent de soins à un tarif global.

La responsabilité financière individuelle doit également encourager les mutualités à faire preuve de créativité

pour essayer d'apporter une réponse aux besoins croissants en soins chroniques éprouvés par une population vieillissante.

Ainsi, dans le secteur des médicaments par exemple, les mutualités pourraient disposer d'informations exactes pour pouvoir entamer un dialogue avec les pharmaciens et les prescripteurs en vue de s'interroger sur la croissance constante des volumes de consommation et de trouver des moyens de l'endiguer.

Plus qu'auparavant, l'éducation à la santé portera ses fruits

La responsabilité financière des mutualités encouragera toutes les mutualités à être plus attentives à la prévention et à l'éducation à la santé. Les efforts 'éducatifs' auront finalement des répercussions au niveau financier également, même s'il sera toujours difficile d'en mesurer l'impact exact. En effet, il est difficile de calculer l'impact d'un certain nombre de comportements tels que le fait de ne pas fumer, de bien dormir, d'avoir une bonne hygiène dentaire, de boire moins de coca et de café, de respecter un certain nombre de conseils de sécurité à la maison, etc.

La responsabilité financière accordera une place à part entière à la promotion de la santé et à la prévention. Il est évident toutefois que les soins curatifs continueront à occuper une place centrale, mais la responsabilité financière incitera de plus en plus à se poser des questions quant au coût élevé de ces soins curatifs. De cette façon, la prévention et la promotion de la santé deviendront des éléments de plus en plus importants. Il faudra également étudier de plus près l'efficacité et l'effet de maîtrise des coûts de la prévention et d'un comportement sain. Les mutualités apporteront sans aucun doute un soutien financier à la prévention, non seulement en éditant des brochures et dépliants d'information, mais en prévoyant également des incitants financiers.

90 FB pour le fonds de réserve spécial

En ce qui concerne ce nouveau système de responsabilité financière des mutualités, la presse a surtout fait

écho de la nouvelle cotisation de 90 FB qui doit être payée par chaque titulaire en 1995 et 1996.

A quoi sert cet argent? L'article 199 de la loi stipule que les unions nationales doivent créer un fonds de réserve spéciale afin de pouvoir faire face aux premiers «chocs» de la responsabilité financière. En plus de cette cotisation spéciale, les unions nationales peuvent également verser une partie de leurs excédents dans ce fonds de réserve. De cette façon, les unions nationales qui auraient des déficits plus tard pourraient puiser dans ce fonds pour pouvoir assumer leur responsabilité individuelle.

Mission permanente

La nouvelle responsabilité financière obligera les mutualités à jouer un rôle actif dans l'assurance maladie. Elles devront sans cesse contrôler leurs dépenses, et rectifier le tir si nécessaire. Le modèle envisagé par la Mutualité chrétienne est un modèle qui doit permettre de réagir avec plus de souplesse aux demandes des membres. Il faudra porter une plus grande attention à la prévention et à l'éducation à la santé. Il est important également que les mutualités prennent des initiatives afin d'établir un dialogue constructif avec les prestataires de soins au sujet de tous les aspects des soins, tant le prix que la qualité et les volumes.

Toutefois, il est également nécessaire de relativiser quelque peu. La responsabilité financière n'est pas une formule magique. Les dépenses pour les soins de santé continueront à augmenter dans notre société occidentale post-industrielle. La question qui se pose est de savoir comment contenir cette croissance afin de pouvoir garantir à tous l'accès à des soins de qualité.

Jos Kesenne, Directeur, Service de l'Assurance ANMC

d'après l'article 'Financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen: waarover gaat het en wat betekent dit voor GVO?', paru dans GO Nieuws n° 56, juin 1995 ■

Un bon tuyau pour vos demandes de subvention

Jusqu'à présent, les demandes de subvention pour des programmes d'action et de recherche en éducation pour la santé parviennent à la Ministre-Présidente et à l'Administration tout au long de l'année. Cette situation a l'avantage de permettre d'étaler leur instruction par les instances compétentes; elle a aussi l'inconvénient de compliquer la gestion des ressources disponibles.

En effet, malgré la rapidité avec laquelle la Ministre accorde son feu vert à un projet, sur avis de l'Administration et de la Cellule Permanente Education pour la Santé, il peut arriver qu'une demande formulée à l'automne ne puisse plus être acceptée alors qu'il reste encore de l'argent à la Communauté française. Avouez que c'est bête!

Pour pallier cette difficulté, nous ne pouvons que vous conseiller d'introduire vos demandes éventuelles dans le courant du premier semestre 96, ou au plus tard avant la fin septembre.

Vous pouvez contacter Jean-Luc Noël (02/413.26.23), à l'Administration, pour plus de renseignements. Ministère de la Communauté française, Direction Générale de Santé, Bd Léopold II 44, 1080 Bruxelles.

Nouvel horaire

Le centre de documentation RESOdoc (JCL) a modifié ses heures d'ouverture. Vous pourrez y accéder les :
lundi de 13 à 17 heures - mardi de 12 à 17 heures - mercredi de 13 à 17 heures - jeudi de 12 à 19 heures 30 - vendredi de 13 à 17 heures.

Adhésions

Nous avons publié dans le n° 102, sous le titre 'Assurance de qualité', la liste de ceux des services agréés par la Communauté française qui ont adhéré à une charte décrivant quelques principes de qualité.

Quelques autres services ont rejoint le groupe.

Pour les services aux éducateurs

Bernard De Backer et Anne Fenaux, Union Nationale des Mutualités Socialistes

Anne Boulvin et Françoise Piron, Vie Féminine

Pour les services de coordination

Benoît Dadoumont, CLC Huy-Waremme

Reine-Marie Hanoul, CLC Luxembourg
 Viviane Demortier et Anne Geraets, CLC Brabant Wallon

Monique Gosselain, CLC Hainaut Centre.

Si nous comptons bien ils sont maintenant 11 services de coordination sur 11, et 17 services aux éducateurs sur 19 à adhérer à ces principes de qualité.

Quelques grandes causes de morbidité*

	Rang	Nouveaux cas (en millions)
Diarrhée chez les moins de 5 ans, dysenterie comprise	1	1.821
Infections aiguës des voies respiratoires inférieures chez les moins de 5 ans	2	248
Accidents du travail	3	120
Chlamydirose (sexuellement transmissible)	4	97
Trichomonase	5	94
Gonococcies	6	78
Maladies professionnelles	7	69
Rougeole	8	45
Coqueluche	9	43
Condylomes acuminés	10	32

* Sur la base des données disponibles; les estimations reflètent un ordre de grandeur.

D'autres buts devraient pouvoir être atteints d'ici la fin de la décennie: réduire de 50% la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans; réduire d'un cinquième la mortalité par paludisme dans au moins 75% des pays touchés; réduire de 80%, par la vaccination, le nombre des nouveaux porteurs de l'hépatite B; réduire d'au moins 15% les décès par cardiopathie chez les moins de 65 ans; et faire bénéficier de soins adéquats toutes les femmes enceintes.

Cette étude montre que les inégalités dans le domaine de la santé s'aggravent entre les riches et les pauvres; entre les groupes d'âge et entre les hommes et les femmes. Le rapport détaille les problèmes prioritaires pour chaque groupe d'âge (santé des nourrissons et des enfants de moins de cinq ans; santé des enfants d'âge scolaire et des adolescents; santé des adultes; santé des personnes âgées).

Il énonce également les quatre grandes priorités pour l'action mondiale en vue d'atteindre les buts que l'OMS s'est fixé.

La première priorité pour l'avenir doit être de tirer le meilleur parti possible des ressources pour la santé en les réorientant vers ceux qui en ont le plus besoin.

La deuxième priorité concerne directement la lutte contre la pauvreté par l'amélioration de la santé. Il faut attaquer la pauvreté sur deux fronts: répondre aux besoins fondamentaux des gens; leur donner ensuite la possibilité de s'en sortir grâce à une meilleure santé et à une meilleure productivité.

La troisième priorité concerne la politique de santé publique, qui suppose une

action intégrée intersectorielle tenant compte de tous les déterminants de la mauvaise santé - comportement individuel, milieu de travail et cadre de vie.

La quatrième priorité consiste à renforcer les capacités nationales en matière de secours d'urgence et d'aide humanitaire dans le secteur de la santé.

Pour plus de renseignements sur cette étude, Thomson Prentice, Bureau de l'Information, OMS, Genève, Suisse, tél. (41 22) 791.32.21/25.84, fax (41 22) 791.48.58. ■

Inégalités, santé, exclusions

Le dernier numéro de «Prévenir» est consacré aux inégalités sociales de santé, facteurs d'exclusion, et aux moyens mis en oeuvre pour les réduire. Une première partie porte sur les inégalités fondamentales qui apparaissent de plus en plus comme des inégalités sociales face à la maladie et à la mort. Inégalités qui sont liées à des contingences génétiques, au statut socio-professionnel et aux conditions de vie des individus, et qui ont des origines multifactorielles.

A travers l'étude des causalités, des facteurs de risque et des processus d'amplification, sont abordés les conditions environnementales, les conditions de sociabilité, les facteurs d'exclusion: crise économique, travail, ressources, logement, handicaps di-

vers que sont la langue différente, la couleur de peau, d'autres habitudes vestimentaires et culturelles.

Une seconde partie est consacrée aux déterminants des états de santé et aux réponses parcellaires qui leur sont opposées pour réduire les inégalités, alors que la santé apparaît de plus en plus comme un phénomène global. En contrepoint, le recours aux soins ou, plus simplement, l'expression d'un besoin de santé est abordé comme valeur d'insertion et de resocialisation.

C'est finalement sur l'attitude de la société face à la santé, et donc les politiques sociales, la citoyenneté et la science que nous entraînent ces analyses. C'est-à-dire à une réflexion sur les liens entre la santé, ses niveaux objectifs et subjectifs et l'organisation sociale, les conditions de vie, et l'impact du système public de santé assumé par l'Etat.

Prévenir «Inégalités - Santé - Exclusions», n°28, 1995, 208 p., 130 FF. ■

La santé en Europe

Il s'agit d'un rapport de surveillance de la situation sanitaire dans les pays couverts par le Bureau Régional de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'Europe.

Ce rapport examine l'évolution des conditions préalables à la santé et analyse les progrès accomplis et les problèmes rencontrés par les pays dans leur lutte contre les principales causes de décès. Il met également en lumière la tendance la plus importante qui se dessine dans la Région: l'aggravation des inégalités face à la santé. La manifestation la plus évidente est l'écart d'espérance de vie entre les moitiés orientale et occidentale de la Région. Cet écart, qui est de 6 ans, continue à se creuser. Ce rapport s'adresse aux professionnels, aux chercheurs et aux responsables de la santé et des domaines connexes.

La Santé en Europe, Rapport de surveillance de la Santé pour tous (1993-1994), O.M.S., Publications régionales, Série européenne, n°56, 66 pages, 17 FF. Bureau des Publications, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Scherfigsvej 8 DK-2100 Copenhagen, Danemark. ■

Evénements quotidiens et bien-être à l'adolescence

C'est généralement à l'adolescence qu'apparaissent différents comportements dangereux pour la santé tels que la consommation de drogues légales ou illégales, les relations sexuelles non protégées ou les régimes alimentaires déséquilibrés. De nombreux programmes d'éducation sanitaire ou de prévention ont pour objectif d'éviter ces comportements à risque.

Mais quelle est la manière la plus efficace pour parler de santé à des adolescents? Pour répondre à cette question, Daniel Cordonier aborde différents domaines: la perception que les jeunes ont de leur bien-être, les événements liés au bien-être dont deux comportements à risque fréquents chez les adolescents - la consommation de cigarettes et les ivresses - et leur perception du contrôle sur leur santé.

Il apparaît de manière très claire que pour les adolescents, l'aspect psychosocial du bien-être est considéré com-

me nettement plus important que les composantes liées à la santé physique. Pour eux, le fait de se sentir bien est prioritairement lié à ce qui leur arrive. De là, pour l'auteur, l'importance d'une analyse événementielle qui permet non seulement de mettre en évidence les secteurs qui ont le plus d'importance pour les adolescents, mais aussi de déterminer comment et dans quel domaine ils pensent exercer un pouvoir sur les événements.

Après avoir interrogé plusieurs centaines d'adolescents âgés de 13 à 20 ans, l'auteur propose une stratégie originale: la prévention événementielle. Cette approche est basée sur les objectifs à court terme des jeunes dans leur vie quotidienne plutôt que sur une présentation des risques ou des maladies qui peuvent survenir dans le futur.

Conçu pour être utile aussi bien aux chercheurs qu'aux praticiens, cet ouvrage apporte des pistes nouvelles à

toutes les personnes intéressées par la prévention et l'éducation sanitaire, qu'il s'agisse de médecins, d'enseignants ou de professionnels de la santé et de l'action sociale.

Pour en faciliter l'accès aux uns et aux autres, l'auteur propose deux pistes de lecture:

- la piste verte concerne avant tout les lecteurs qui recherchent des résultats ou des éléments de réflexion pouvant être transposés dans la pratique;
- la piste rouge est destinée en priorité aux personnes intéressées par les aspects théoriques et méthodologiques ainsi que par l'analyse des données sous l'angle statistique et quantitatif.

CORDONIER D. «Evénements quotidiens et bien-être à l'adolescence - vers de nouvelles stratégies d'éducation pour la santé» Genève, Ed. Médecine et Hygiène, 1995, 220p. ■

Inégalités en santé: réduire les écarts

On compte dans le monde plus de deux milliards de malades, dont beaucoup succombent à des maladies évitables, annonce l'OMS dans sa première étude annuelle sur la santé mondiale, publiée dans le Rapport sur la santé dans le monde 1995 «Réduire les écarts».

Il ressort de cette étude qu'à l'échelle mondiale, des succès notables dans le domaine de la santé ont été remportés au cours des 25 dernières années. Ces succès sont notamment les suivants:

- 80% des enfants ont été vaccinés contre les cinq grandes maladies infantiles les plus meurtrières;
- le taux mondial de mortalité infantile a baissé de 25% entre 1980 et 1993;
- l'espérance de vie à la naissance a augmenté de plus de quatre ans pour atteindre environ 65 ans, entre 1980 et 1993.

L'OMS s'est fixé pour objectifs, d'ici l'an 2000, d'éradiquer la poliomyélite,

d'éliminer la rougeole et le tétanos néonatal, et de veiller à ce qu'il n'y ait plus de cas nouveaux de lèpre ou de dracunculose. Elle s'est aussi fixé pour buts de réduire de moitié le

nombre des décès maternels, et de ramener le taux de mortalité infantile à 50 au plus pour 1000 naissances vivantes dans plus de 70 pays où il est aujourd'hui supérieur à ce chiffre.

Quelques grandes causes de mortalité*

	Rang	Nombre (en millions)
Cardiopathies ischémiques	1	4,3
Infections aiguës des voies respiratoires inférieures chez les moins de 5 ans	2	4,1
Maladies cérébro-vasculaires	3	3,9
Diarrhée chez les moins de 5 ans, dysenterie comprise	4	3,0
Maladies pulmonaires obstructives chroniques	5	2,9
Tuberculose	6	2,7
Paludisme	7	2,0
Chutes, brûlures, noyades, etc.	8	1,8
Rougeole	9	1,2
Autres cardiopathies	10	1,1

* Sur la base des données disponibles; les estimations reflètent un ordre de grandeur.

L'aide à la mise en place de projets locaux

La Commission Locale de Coordination qui couvre le territoire de la province de Namur est organisée et gérée par l'Institut Provincial d'Hygiène Sociale (I.P.H.S.), depuis 1991, en vertu des accords entre la FARES et la Province de Namur.

Dès 1989, l'I.P.H.S. avait déjà formalisé son rôle dans le développement d'activités en éducation pour la santé en créant un nouveau service spécialisé en la matière.

Aujourd'hui, les missions de ces deux services - la C.L.C. et le service Promotion de la santé - sont complémentaires et permettent l'utilisation d'outils communs (centre de documentation informatisé, fichiers,...).

La CLC est située dans les locaux de l'I.P.H.S. à Namur, identifiés par la population et les relais locaux comme Centre de Santé et jouit d'un environnement institutionnel favorable qui lui permet de répondre aux demandes multiples des relais du terrain en fonction de ses missions.

Quels projets, quelles demandes?

Comme les autres, la CLC de Namur travaille essentiellement en fonction des demandes qui lui sont adressées, soit par les relais de son terrain, soit par des organismes qui ont une visée communautaire et qui veulent implanter un projet au niveau local; ce dernier point fera l'objet d'un prochain article.

Il peut donc s'agir de projets de petite envergure; par exemple, un enseignant souhaite développer une action de sensibilisation à la protection de l'environnement avec ses élèves; un professeur d'une école d'infirmières transmet le désir de ses étudiantes de construire un projet de sensibilisation à l'utilisation des médicaments auprès de jeunes.

La C.L.C. peut encore être sollicitée pour accompagner certains projets à plus long terme; par exemple la conception d'animations dans le domaine de l'alimentation au bénéfice de mères de familles issues de milieux défavorisés et la mise en place d'un espace et d'une dynamique locale nécessaires pour la stabilité du programme en question.

En fonction de plusieurs facteurs tels que le type de projet, son état d'avancement, les échéances, la motivation

du demandeur, sa disponibilité et ses besoins propres, etc., le soutien que peut fournir la C.L.C. est tantôt ponctuel, tantôt intensif et peut être de natures diverses.

Cependant, dans tous les cas, le travail réalisé par la C.L.C. suit la logique d'un même schéma directeur.

Analyse de la demande

La phase d'analyse de la demande, étape indispensable, et sans aucun doute la plus importante, permet au coordonnateur de collecter les différents éléments et informations dont il faut tenir compte pour le développement ultérieur du projet. Cette phase peut parfois amener le demandeur à réviser complètement ses objectifs en fonction des questions qui lui sont posées et des limites qu'il peut être amené à examiner avec l'aide d'un regard extérieur.

Très rapidement, il s'agira, entre autre, d'examiner si les objectifs du projet correspondent aux besoins identifiés au sein du public-cible ultime; connaître le contexte précis dans lequel s'inscrit la demande, dresser un bilan, définitif ou provisoire, des moyens et ressources disponibles, des contraintes éventuelles, des possibilités de partenariat local ou autre,... constitueront les étapes essentielles.

Fréquemment, le coordonnateur est amené à faire évoluer la demande initiale (voir Education santé n°103, p14): par exemple, une personne désire obtenir des affiches et des tracts pour sensibiliser des jeunes en formation professionnelle à certains problèmes de santé; elle se rend compte, suite à la conversation, qu'elle peut envisager une approche toute autre pour tâcher d'atteindre l'objectif qu'elle s'est fixé et que la CLC peut l'aider dans les étapes de construction du projet.

Il se peut également que l'analyse des besoins initiale soit trop sommaire ou subjective et que la première étape concrète de mise en place du projet consiste à recueillir les besoins du public-cible concerné.

Analyse des contraintes et des ressources

Par le biais d'une liste des contraintes et des ressources internes et externes (en termes de freins ou d'éléments fa-

cilitateurs) le promoteur pourra fixer certaines limites à son projet, que ce soit en matière d'objectifs, de choix de partenariat, ou autre...

Choix des objectifs

On constate que les objectifs du demandeur ne sont pas toujours très clairement déterminés; les objectifs secondaires ou sous-jacents font défaut; le rôle de la CLC est de chercher à préciser et opérationnaliser ces objectifs au mieux et parfois à limiter leur ambition pour les rendre plus simples et plus réalistes, en fonction des besoins répertoriés.

D'un point de vue chronologique, ces deux dernières phases sont interchangeables et interdépendantes.

Recherche et choix de partenaires

En fonction du type, de l'ampleur du projet et du souhait du demandeur, celui-ci fera appel ou non à certains partenaires; à ce stade, l'intervention de la C.L.C. peut être précieuse car le service détient une somme d'informations sur les ressources tant locales que communautaires.

Préparation et planification

Cette phase correspond à l'organisation pratique et temporelle des activités et en réalité, appartient davantage au promoteur du projet qui construit les étapes du programme, à l'aide des outils suggérés par la C.L.C.

Evaluation

Nous voici au terme du schéma proposé mais, idéalement, l'évaluation constitue un processus continu au sein même de l'ensemble du projet. Cependant, ce dernier point est trop souvent négligé, voire oublié par le demandeur. La C.L.C. va alors mettre l'accent sur l'intérêt de cette procédure et aider à la conception des outils d'évaluation.

En conclusion, de par ses interventions, la C.L.C. cherche à assurer aux projets auxquels elle apporte un soutien méthodologique plus de pertinence encore et une qualité supérieure. Que de perspectives!

Bénédicte Reginster, Nathalie Loutz, C.L.C. de Namur ■

L'amaigrissement : consensus et forum

Nous souhaitons faire écho de deux événements qui ont été organisés par l'association «Famille et Culture» et qui s'articulaient autour d'un thème commun, l'amaigrissement. Le premier était une conférence de consensus dont l'intitulé était «pertinence de l'utilisation des médicaments dans l'amaigrissement», tandis que le second, un forum, s'intitulait: «maigrir en santé».

La conférence de consensus

La conférence de consensus est un dispositif de régulation des controverses scientifiques et d'influence des pratiques médicales. Elle est un lieu d'instauration d'un dialogue entre experts, interface entre les scientifiques, les praticiens et le public.

Déroulement de la conférence

Un comité d'organisation de 5 à 10 personnes recrutées pour leurs compétences se charge, après recherche bibliographique, de rédiger des questions de controverses par rapport au thème choisi. Ce comité choisit les experts. Chaque expert est chargé d'accuser ou de défendre un point de vue. Les membres du jury sont recrutés dans la communauté scientifique non directement concernée par le sujet. Ils ont en charge de prendre connaissance du thème, de lire au préalable les réponses des experts.

Le jour de la conférence, les experts donnent leurs réponses face au jury et au public. Après les exposés, le jury et le public sont invités à réagir (poser des questions, demander des précisions, apporter d'autres éléments...).

Après la conférence, le jury se réunit à huis clos et doit prononcer des recommandations issues de l'ensemble des débats. Ces recommandations sont destinées à être publiées.

Les recommandations figurant dans le rapport final sont les suivantes.

Situation du problème envisagé

L'obésité n'est pas une maladie dans le sens classique du mot; il s'agit en réalité d'une problématique complexe dont les causes sont multifactorielles et qui comprend, entre autre, des facteurs génétiques, des facteurs psychologiques, des troubles du comportement alimentaire.

En outre, il est nécessaire de distinguer l'obésité (situation de surcharge pondérale due à un excès de graisse) et l'amaigrissement (stratégie visant à perdre du poids).

Le texte de consensus

Ce texte de consensus envisage un aspect de cette vaste problématique à savoir le fait de considérer si et dans quelle mesure les médicaments peuvent prendre place dans le traitement de l'obésité et dans l'amaigrissement. Le médicament idéal n'existe toujours pas. Les produits pharmaceutiques qui réduisent la masse grasse sans effet sur la masse maigre ou sur les paramètres hémodynamiques du patient et qui, simultanément, n'ont pas d'effets secondaires ni durant leur prise ni à l'arrêt du traitement, n'existent pas aujourd'hui.

Il apparaît aussi clairement que le traitement nécessite une approche globale,

un accompagnement psychologique du patient visant à une modification du comportement alimentaire.

Ce consensus s'adresse uniquement aux adultes. En ce qui concerne les enfants, il n'existe aucune indication d'utilisation des médicaments dans le traitement de l'obésité et de l'amaigrissement.

Finalement, un certain nombre de points ont été soulignés, qu'il importe de prendre en compte:

- Il faut considérer l'individu et non pas uniquement un degré de BMI ou IMC (poids en kilo divisé par la taille en mètre au carré). L'évaluation de tous les facteurs de risques associés à l'excès de poids est essentielle avant l'instauration du traitement.
- Il est indispensable de déterminer les objectifs du traitement de façon individuelle en tenant compte de l'historique de la surcharge pondérale ainsi que des échecs éventuels des traitements précédents.
- Ce n'est pas la mise en place du traitement mais le suivi de l'amaigrissement qui constitue le centre du problème.

Pertinence de l'utilisation des médicaments chez des personnes qui s'estiment en surpoids, mais qui ne répondent pas aux critères médicaux d'évaluation du surpoids (BMI 20-24)

Les personnes possédant ce profil ne sont nullement obèses. Même si elles demandent à maigrir, il n'existe aucune justification à un traitement médicamenteux. Elles doivent toutefois être prises en charge en tenant compte de leurs motivations individuelles.

Pertinence de l'utilisation de médicaments chez des patients avec une obésité modérée (BMI 25-29)

Cette forme modérée d'obésité fait fréquemment l'objet de consultations. Rien n'indique que ces personnes doivent toutes maigrir.

Le praticien doit tenir compte des éléments suivants:

- les risques associés (diabète, hypertension, troubles lipidiques, etc...);
- l'âge du patient;
- le caractère récent de la prise de poids;
- la localisation du tissu adipeux (une obésité androïde, ou abdominale de

- radar: ce qui nous fait sentir que quelque chose ne va pas, l'instinct.

Le jeu Instinct est disponible au prix de 450 francs à La Teignouse, quai du Vignoble 34, 4170 Comblain-au-Pont, tél. 041/69.33.30, fax 041/69.33.31.

Parcours Prudence

Elaboré dans le cadre du Conseil Général du Département du Nord (France), le but de ce jeu est sensiblement le même que le précédent: en parcourant la ville, les joueurs rencontrent des situations à risque, des inconnus, ils peuvent se réfugier sur des cases-refuges ou faire appel à des personnes-ressources.

Il est aussi destiné à être utilisé par des animateurs, après un travail préalable de sensibilisation de l'enfant.

Les explications sont un peu moins développées que le précédent, de ce fait la mise en route du jeu est un peu plus lente.

Tous deux sont de très bons outils, longuement réfléchis par leurs auteurs.

Pour le jeu Parcours Prudence, Circonscription Prévention et Action sociale, Dominique Delannoy, Faubourg Fauveux 12, F-59530 Le Quesnoy, France.■

L'obésité, un problème de poids

Si l'embonpoint vous guette et vous culpabilise dès le premier repas, ce dépliant peut vous aider à clarifier certaines idées. Car le nombre de kilos ne signifie pas automatiquement l'obésité. Un calcul simple vous permettra de vous situer par rapport à ce problème, d'en connaître les causes et les conséquences. Si les causes sont multiples, il semble que certaines formes d'obésité prédisposent au diabète et aux maladies cardiovasculaires.

Mais pas de miracle, pour maigrir mettez tout votre poids dans la balance et sachez qu'un bon soutien psychologique est aussi important que le meilleur des régimes.

Ce dépliant peut être obtenu dans les secrétariats des Mutualités Libres ou au Service Information et Education à la Santé, Rue St. Hubert, 19 - 1150 Bruxelles.■

Vous avez dit «épileptique»?

La Fondation Française pour la Recherche sur l'Epilepsie et le Comité français d'Education pour la Santé ont réalisé un dépliant d'information sur l'épilepsie à destination du grand public. Qu'est-ce que l'épilepsie? Comment se manifestent les épilepsies? Que faire devant une crise? Que faut-il savoir en matière de prise en charge sociale, de protection sociale? Telles sont quelques questions essentielles auxquelles ce dépliant répond.

Fondation Française pour la Recherche sur l'Epilepsie, rue Bargue 48, F-75015 Paris.

La Fédération des centres francophones de la Ligue Belge contre l'Epilepsie a pour sa part réalisé une brochure destinée aux épileptiques ou à leur entourage: pour toutes ces personnes, «il est important de savoir ce que l'épilepsie est et ce qu'elle n'est pas.» Cette brochure fournit une information générale sur la maladie et quelques conseils pour la vie de tous les jours.

Fédération des centres francophones de la Ligue Belge contre l'Epilepsie, avenue Albert 135, 1060 Bruxelles, tél. 02/344.32.63.■

Défi-Santé en Education physique

Cahier de l'élève

Alors qu'un peu partout on déplore la mauvaise condition physique des jeunes, voici un cahier de l'élève qui intègre santé et éducation physique. La proposition des auteurs est d'agir sur le mode de vie en vue d'améliorer la condition physique de l'élève.

Le cahier «Défi-Santé» comporte deux parties.

La première partie comprend une série de cours pratiques d'éducation physique. L'élève y apprendra ce qui est fondamental pour sa condition physique et comment s'y prendre pour l'améliorer réellement. Ces cours visent un apprentissage et un vécu personnel dans quatre domaines:

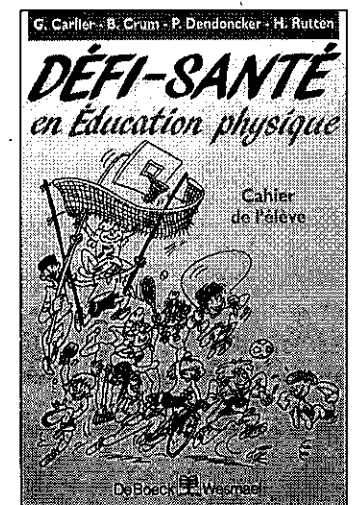
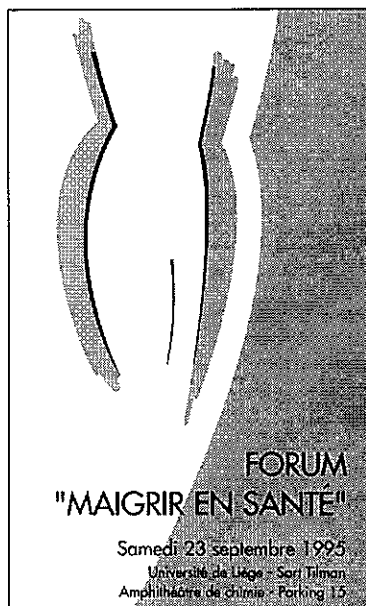
- l'amélioration de l'endurance cardio-vasculaire;

- l'amélioration de la souplesse;
- l'amélioration de l'endurance spécifique des muscles abdominaux;
- la gestion du poids corporel.

Après ces séances pratiques d'éducation physique centrées sur la santé, l'élève pourra s'évaluer en regard de ces quatre composantes de la condition physique.

Débute alors la deuxième partie: le contrat individuel. Il s'agit pour l'élève d'appliquer ce qu'il vient d'apprendre dans un programme personnalisé de 6 semaines. Après ces 6 semaines, il y aura une évaluation pour mesurer si l'élève a rempli son «Défi-Santé».

Voilà un cahier utile pour les professeurs en éducation physique mais chacun de nous peut s'y intéresser pour se remettre en condition physique de façon progressive et adaptée.



CARLIER G., CRUM B., DENDONCKER P., RUTTEN H., «Défi-Santé en Education physique. Cahier de l'élève», Bruxelles, Ed. De Boeck-Wasmant, 1995, 64 p., 120 FB.■

■ Les chutes chez les plus de 60 ans

Santé-Public n°3 vient de sortir. Pour rappel, il s'agit de fiches réalisées par la Commission Locale de Coordination de Bruxelles, à destination des intervenants sociaux soucieux de s'impliquer dans la promotion de la santé.

Ce numéro est consacré à la thématique des chutes chez les personnes âgées. Exposé du problème, public à risque, stratégies de prévention, actions-pilotes et expériences de terrain, adresses et courte bibliographie, tout y est synthétisé.

Santé-Public est disponible à la C.L.C., rue du Viaduc 72, 1050 Bruxelles, tél. 02/512.41.74. ■

■ L'usage de drogue

Cette brochure est impressionnante par l'étendue descriptive des principales drogues rencontrées en Belgique.

L'origine du produit, ses présentations, ses dénominations et son prix constituent des découvertes pour le néophyte. Les effets à court et à long terme induits par la prise de «produits», la durée du «trip», l'intensité du «flash» mais aussi les symptômes physiques et leurs conséquences permettent d'aborder le monde de la toxicomanie sous un éclairage concret. Ces détails permettent, avec les réserves d'usage, de suspecter la prise de «produit», d'en connaître sa nature et de guider l'entourage du jeune à repérer les traces laissées par sa consommation sur l'utilisateur, d'avoir l'attention éveillée par des comportements inhabituels.

Outre ces informations de base, ce document amorce des pistes de réflexion. Pourquoi consomme-t-on? Quelles sont les motivations, données par les jeunes eux-mêmes, à se droguer? Quelle attitude adopter face à la

personne qui se drogue? Quel est l'impact psychologique et social de la dépendance?

Les réponses apportées sont sans doute trop générales et font figure de parent pauvre face à la description des produits, mais elles ont le mérite de baliser des pistes d'action et de prévention.

Une réserve: la diffusion de cette brochure auprès des jeunes, doit se faire dans un cadre organisé pour permettre une restitution appropriée de ces informations; en effet, dans

■ Comment choisir le matériel de puériculture?

Le service Education pour la Santé de l'O.N.E. a conçu une brochure destinée aux futurs parents et au personnel des milieux de garde d'enfants, pour les guider dans le choix de matériel de puériculture existant sur le marché.

L'âge de l'enfant et sa sécurité ont orienté le contenu de chaque fiche.

■ La prévention de la maltraitance en jeu

De plus en plus d'outils de prévention de la maltraitance et des abus sexuels d'enfants sont réalisés à l'attention des animateurs et enseignants sensibilisés à ce thème.

Voici deux jeux qu'ils pourront utiliser avec des enfants de l'enseignement primaire.

Instinct

Cet outil est réalisé par l'association La Teignouse. Il a pour objectif d'aider les enfants à gérer les situations et rencontres à risque, en évaluant calmement ces risques, en faisant l'inventaire des comportements possibles et en choisissant celui qui leur permet de se sentir en sécurité.

Tout au long du jeu, au travers des questions que l'animateur pose, les buts à atteindre sont répartis en quatre groupes:

d'autres circonstances, elles pourraient être un incitant à la consommation. De ce fait, «L'usage de la drogue» constitue plus un outil d'information pour le monde médical, les éducateurs, les parents soucieux du problème de la drogue auprès des jeunes ou de leurs enfants, qu'un outil de prévention directe pour les jeunes.

Ce document est édité par le Secrétariat permanent à la politique de prévention rue de la Loi 26, 1040 Bruxelles - Tél. : 02/500.24.32. ■

Les informations consistent en un schéma du matériel idéal, les points auxquels les parents doivent être attentifs, ainsi que quelques conseils d'utilisation.

O.N.E., service Education pour la Santé, Domaine de Chastre, route de Gembloux 2, 1450 Cortil-Noirmont. ■

- but 1: l'enfant peut se fier à ses propres perceptions et oser dire non;
- but 2: un adulte de confiance doit toujours savoir où est l'enfant;
- but 3: lorsque l'enfant sent que «quelque chose ne va pas», il doit se faire entendre par un adulte de confiance;
- but 4: mesurer les risques dans les rencontres avec des personnes inconnues ou dans des endroits déserts.

Trois notions sont à définir au préalable avec les enfants:

- adulte de confiance: personne adulte identifiée par la personne responsable de l'enfant (parent...) comme fiable en cas de besoin. Il peut être intéressant de faire l'inventaire des personnes de confiance de son entourage;
- inconnu: personne non identifiée comme personne de confiance;

type «pomme» est davantage associée à un risque pour la santé qu'une obésité gynoïde, dite en forme de «poire».

En fonction de cette évaluation, le médecin pourra décider de la nécessité d'un traitement, lequel associera le conseil diététique, le soutien psychologique et l'activité physique. Quelques données préliminaires suggèrent que des médicaments pourraient y être ajoutés mais le praticien devrait en attendre la confirmation.

Pertinence de l'utilisation des médicaments chez des patients souffrant d'obésité sévère (BMI 30-40)

A ce niveau, l'obésité est davantage associée à une surmortalité et à une surmortalité. Son traitement s'impose donc manifestement avec pour objectif sans doute, une perte de poids, mais aussi la stabilisation à long terme et une amélioration du statut psychologique du patient. Ce dernier sera soigneusement examiné par le médecin qui tiendra notamment compte dans son évaluation des traitements antérieurs. Sur cette base, le praticien pourra envisager un traitement médicamenteux, dont il aura longuement expliqué les implications. Le patient devra être bien conscient que le traitement ne sera efficace à long terme que s'il aboutit à une modification du régime alimentaire et du mode de vie.

Pertinence de l'utilisation des médicaments chez des patients souffrant d'obésité morbide (BMI > 40)

Cette obésité morbide doit être traitée. Le praticien pourra envisager de prescrire des médicaments. Le praticien s'assurera que son patient ne se fasse pas d'illusions quant aux résultats qu'il pourra espérer sur le plan strictement pondéral. Il n'est toutefois pas exclu - encore que la chose ne soit que peu argumentée sur le plan scientifique - que le bénéfice au niveau des risques associés soit plus important, du moins à court terme.

Pour ces patients, il est imaginable qu'une stratégie thérapeutique globale inclue un geste chirurgical (gastroplastie) qui ne sera recommandé qu'après une évaluation multidisciplinaire.

Quels médicaments?

Un médicament idéal est celui qui change le métabolisme nutritionnel du patient comme le font les effets des

exercices physiques. Ce médicament serait celui qui:

- réalise une perte de masse grasse, sans effet sur la masse maigre ou sur les paramètres hémodynamiques du patient;
- dont les effets secondaires sont réduits;
- maintient l'effet après l'arrêt de la prise médicamenteuse;
- offre une sécurité à court terme et à long terme.

Ce médicament n'existe pas à l'heure actuelle.

Peu de médicaments sont à la disposition d'un prescripteur soucieux de s'en tenir aux molécules ayant prouvé leur efficacité et leur innocuité.

Les hormones et extraits thyroïdiens, les extraits surrénaliens et pancréatiques, les laxatifs, les diurétiques, l'amphétamine, la dexamphétamine et la méthamphétamine sont formellement exclus pour cette indication sur base de la littérature scientifique existante.

Par ailleurs, aucun élément scientifique ne soutient la pertinence de l'utilisation de plantes, d'autant que leur innocuité n'est pas toujours garantie.

Peuvent être considérés comme acceptables: la phentermine, l'amfépramine (ou diéthylpropion), la fenfluramine, la dexfenfluramine et le phénylpropanolamine.

La dexfenfluramine a été plus que les autres soumise à divers essais cliniques avec des effets favorables à court terme, sans toutefois que ceux-ci, bénéfiques ou non, n'aient été complètement évalués surtout au-delà d'un an d'utilisation. Les résultats des recherches montrent souvent un retour au poids précédent après l'arrêt de la thérapie médicamenteuse. Certains patients présentent après cela une obésité qui semble réfractaire à un nouveau traitement.

En cas de prescription médicamenteuse, le médecin sera particulièrement attentif aux effets secondaires et aux contre-indications de toutes ces molécules. Au cours des six premières semaines de traitement, il s'assurera de leur efficacité afin d'interrompre la prescription chez des patients réfractaires. Peu de données scientifiques sont disponibles pour recommander telle ou telle modalité de traitement ainsi que la durée de celui-ci au delà de trois mois.

En conclusion, la place du traitement médicamenteux de l'obésité s'avère

très limitée.

Combinaisons

Il faut proscrire toute combinaison comportant une ou des substances non considérées, plus haut, comme acceptables.

Associer des substances dont l'efficacité et l'innocuité ont été scientifiquement évaluées peut sembler acceptable, mais une telle modalité de traitement n'a pas fait l'objet de suffisamment d'investigations pour être recommandée.

Homéopathie

Pour lutter contre l'obésité, l'homéopathie n'a pas, aux dires même de ses partisans, fait la preuve de son efficacité.

Conclusions

Dans la plupart des cas, l'obésité est une situation chronique qui ne peut être abordée avec quelques chances de succès que par un traitement à très long terme.

La conférence de consensus aboutit à la conclusion qu'il n'existe malheureusement aucun médicament, actuellement, qui satisfasse à ce critère.

Le forum

Perdre du poids est une préoccupation quotidienne pour de nombreuses personnes. Suivre un régime est souvent une source d'échec.

La recherche de la minceur suscite régulièrement l'apparition de nouveaux remèdes, de nouveaux régimes...

S'appuyant sur ces constats (et bien d'autres...), les organisateurs ont décidé de traiter durant ce forum un certain nombre de questions liées à l'amaigrissement. Le thème est suffisamment riche pour qu'il nous soit impossible de les passer toutes en revue. Nous ne proposerons donc pas une carte détaillée de cette journée mais un menu de notre choix.

Maigrir : question de santé publique à part entière?

D'emblée, l'intervenant a souligné l'étrange paradoxe qui est que «beaucoup de gens qui ne doivent pas perdre

de poids essaient de maigrir et ceux qui devraient en perdre n'y parviennent pas ou ne sont pas intéressés d'en perdre».

En effet, l'excès de poids touche environ 30 % de la population et ne concerne donc qu'une part des candidats à l'amaigrissement. Cependant, essayer de maigrir est extrêmement répandu. Environ 73% des Européens surveillent leur poids. En Communauté française de Belgique, dans un foyer sur cinq, quelqu'un est en train d'essayer de maigrir, ce qui représente entre 8 et 20% de la population selon les régions.



Quand est-ce utile de maigrir?

Des études réalisées sur une grande population montrent qu'à partir d'un indice de masse corporelle de 25, la morbidité et la mortalité s'élèvent proportionnellement à l'excès de poids.

Dans ce cas, perdre du poids contribue à améliorer la qualité et la durée de la vie. Cependant, lorsqu'on regagne le poids perdu ou qu'on s'engage dans un processus de 'yoyo' (maigrir, grossir, maigrir, grossir...), on perd une grande partie de ce bénéfice. Ce qui revient à dire qu'il est moins dangereux d'avoir un excès de poids modéré ou en très légère augmentation que de perdre et regagner continuellement du poids. Connaissant les difficultés pour maintenir une perte de poids, certains spécialistes conseillent donc de ne pas essayer de faire mai-

grir à tout prix des personnes dont l'excès de poids n'est pas accompagné de complications ou de facteurs de risques et ils insistent sur la prévention de l'obésité.

Lorsque l'IMC est inférieur à 25 (et qu'il n'y a pas de problèmes spécifiques), l'utilité de perdre du poids est subjective. Dans ce cas, le professionnel de la santé n'a pas pour rôle de juger la décision des patients mais il doit apporter une information sur les méthodes et les risques associés. Son appui doit permettre à la personne de clarifier les raisons de son désir de perdre du poids.

Maigrir tout(e) seul(e)

Le Professeur Bernard Guy-Grand (Paris), poursuivant dans ce sens, souligne que l'amaigrissement n'est ni simple ni anodin. C'est la raison pour laquelle il estime que celui-ci doit être médicalisé. Dans chaque situation, une réflexion sur les buts poursuivis, les méthodes utilisées, les bénéfices attendus, les risques encourus... doit être menée. Ce travail nécessite compétences, bon sens et prise de recul par rapport à une demande complexe et ambiguë sous des dehors simples et doit être assumé par des professionnels.

Maigrir ensemble... entre femmes?

Tout en contraste avec ces premiers exposés, Madame Spiece nous a proposé une approche qui a pour finalité de réconcilier les femmes avec elles-mêmes en les libérant de l'obsession de la minceur. Concrètement, des groupes de femmes, préoccupées par leur poids et ayant déjà expérimenté un ou plusieurs régimes se rencontrent sous la conduite d'une psychologue. Ces ateliers sont comportementalistes; ils envisagent le changement en proposant aux participantes de modifier très progressivement et concrètement leurs comportements de tous les jours face à la nourriture. Les trois autres axes envisagés sont la mobilisation du corps par l'augmentation des dépenses physiques, la recherche de nouvelles gratifications hors-alimentation et particulièrement dans l'estime de soi, ainsi que la relaxation. Le bilan, en fin d'atelier, de la situation de chaque participante évalue les progrès

réalisés dans le comportement alimentaire, l'hygiène de vie et l'épanouissement personnel.

Mais que fait alors le Belge francophone?

Les résultats de l'enquête sur «les produits et techniques amaigrissants» présentés par le Professeur Dautrelepoint (Liège) ont été obtenus par enquête transversale en face en face auprès d'un échantillon de 492 personnes.

Ainsi, en Belgique francophone, la majorité des répondants prétendent avoir décidé eux-mêmes des moyens ou méthodes à mettre en oeuvre pour maigrir.

La méthode la plus utilisée par la population pour perdre du poids est le régime amaigrissant. Elle devance très largement la consommation de médicaments et la consommation de prescriptions magistrales. Tous les moyens (ou méthodes) d'amaigrissement utilisés par les répondants durant le mois de référence précédant l'enquête ont été perçus comme efficaces. L'efficacité de ces moyens ou méthodes est toutefois évaluée de façon nettement plus négative lorsque l'enquête évoque les expériences antérieures au mois de référence. L'effet des moyens adoptés n'est pas perçu comme durable. Pour terminer, un dernier résultat nous indique que le budget consacré aux divers régimes, traitements, produits amaigrissants... est inférieur à 5000 FB par mois pour plus de 90% des sujets de l'échantillon.

D'autres exposés portant sur l'approche pluridisciplinaire de l'amaigrissement, les facteurs de risques d'obésité pendant la croissance, le marché des adjuvants (tout ce qui est consommé, prescrit, conseillé à côté d'un moyen considéré comme principal, le régime en l'occurrence), la consommation de produits allégés... sont venus compléter ce portrait varié et complémentaire de la problématique très complexe de l'amaigrissement. En d'autres mots et en conclusion, ce forum ne nous laissa pas sur notre faim!

Carine Lafontaine, CLC de Liège

Cet article propose des extraits du rapport final de la conférence de consensus et des actes du forum. Ces documents sont disponibles chez FAC, rue Saint-Jean 32, 1000 Bruxelles. ■

Matériel

Le dermatophagoïde pteronyssinus

Allergies

Il ne mesure que 0,3 mm, ressemble à une araignée et, en gros plan, a un profil plutôt saisissant. Vous l'aurez reconnu, il s'agit de l'acarien, ennemi juré des asthmatiques et autres allergiques.

Ce que nous appelons communément allergie à la poussière, s'avère être le plus souvent une allergie à ce dermatophagoïde. S'il prolifère dans nos maisons, c'est parce que les conditions s'y trouvent réunies pour son développement harmonieux.

Humidité et chaleur, tel est son cocktail de prédilection. En été il fait trop chaud, en hiver trop froid, en automne par contre les maisons sont un peu humides et la température favorable. En outre, si les allergies se prolongent après la disparition de acariens c'est à cause de leurs excréments.

La prévention consiste donc à empêcher la multiplication de ces petites araignées. Les 24 questions de cette brochure permettent au lecteur de passer en revue les lieux de reproduction de ces allergènes et propose différents aménagements pour les éliminer. Votre aspirateur, contrairement à nos croyances, n'est pas le meilleur moyen de lutter contre ces petites bêtes car elles sont équipées de ventouses. Comment faire alors?

Procurez-vous cette brochure et sachez que si les changements à apporter dans votre maison ne sont pas négligeables, les résultats, eux, sont souvent spectaculaires.

Cette brochure est éditée par l'asbl Fondation des allergies, rue du Président 55, 1050 Bruxelles. Tél.: 02/511.67.61. ■

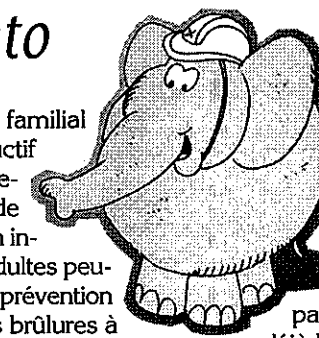
Prevento

Prevento est un jeu familial divertissant et instructif qui introduit activement les notions de base de la prévention incendie. Enfants et adultes peuvent ainsi aborder la prévention des incendies et des brûlures à travers des situations réelles et de nombreuses anecdotes liées à l'histoire du feu et de la lutte contre l'incendie.

Grâce à ce jeu, l'Association Nationale pour la Protection contre l'Incendie et l'Intrusion (ANPI) espère améliorer le niveau de sécurité incendie de notre environnement quotidien. Prevento place jeunes et adultes face aux risques d'incendie à la maison, à l'école, au travail.

Le jeu s'apparente au Trivial Pursuit; il s'agit de rassembler douze cartes illustrées après avoir parcouru... quatre lances d'incendie et répondu correctement aux questions. Des illustrations gaies (un éléphant-pompier est la mascotte) et une finition de qualité en font un jeu attrayant pour tous.

Il peut être joué de différentes façons en



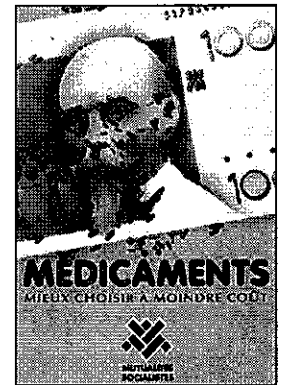
fonction de l'âge et des connaissances préalables des joueurs. Il est même possible de jouer les différents niveaux de jeu simultanément dans une même partie. Par exemple, les petits enfants lancent le dé et écoutent un adulte lire le message de prévention correspondant à la case atteinte par leur pion; les enfants sachant déjà lire peuvent répondre aux questions A de difficulté faible; les adolescents et adultes répondent aux questions A et B associant ainsi les deux niveaux de difficultés.

Pour illustrer le contenu abordé, voici deux questions prises au hasard «Pourquoi les matières inflammables ne peuvent-elles être en contact avec les lampes?» (niveau A) ou «Pourquoi vaut-il mieux utiliser du bois de chêne ou de hêtre pour alimenter un feu ou un poêle que du bois de sapin?» (niveau B). Réponses... sur la carte!

Le prix de ce jeu est de 500 FB pour les écoles, 800 FB pour les autres personnes (TVA et frais d'expédition inclus). Le jeu est à commander auprès de l'ANPI, Parc scientifique, 1348 Louvain-la-Neuve, tél.: 010/47.52.42 et fax: 010/47.52.70. ■

Médicaments

Mieux choisir à moindre coût



Pour la troisième année consécutive, le service Promotion de la Santé de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes met gratuitement à la disposition du public un guide de poche représentant intégralement les médicaments «équivalents» (même substance active, même dosage, même forme de présentation et d'administration) en comparant leurs coûts. Ceci sans aucune forme de parti pris quant aux options thérapeutiques.

Pourquoi payer plus cher ses médicaments alors qu'en étant mieux informé, on peut aisément en réduire le coût? Le souci d'aider les patients mérite bien cet effort de transparence. Ne serait-ce que pour limiter le réflexe de certaines personnes à renoncer à l'achat de quelques médicaments par manque d'argent.

Édité à près de 170.000 exemplaires, ce guide est disponible dans tous les bureaux régionaux des Mutualités Socialistes.

Pour toute information, n'hésitez pas à contacter Anne Fenaux, responsable du service Promotion Santé de l'U.N.M.S., 02/515.05.85.

Génériques

Dans le même ordre d'idée, le service Infor Santé des Mutualités Chrétiennes vient d'éditer une petite brochure de 12 pages, «Les médicaments génériques», sous-titrée «La même qualité à un prix raisonnable». Ce document présente un tableau de prix comparatif des médicaments génériques et des spécialités qu'ils copient avec de brèves informations sur les indications et précautions à prendre.

Disponible contre l'envoi d'un timbre de 16 FB à Infor Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles. ■

■ L'Europe contre le cancer



La semaine européenne contre le cancer a eu lieu en octobre dernier. Une place de choix a été donnée au nouveau code européen, mis au point par le Comité européen des experts cancérologues (le précédent datait de 1987).

L'Oeuvre Belge du Cancer et l'Association contre le Cancer se sont mobi-

lisées durant cette semaine et ont mené (1) diverses actions de sensibilisation du public autour du message «Éviter le cancer, c'est aussi mon affaire: l'Europe m'en donne le code».

Le contenu général de ce nouveau code a été peu modifié par rapport au précédent: les six conseils pour la prévention de certains cancers et les quatre conseils faisant référence au dépistage précoce sont toujours présents, même s'ils sont disposés dans un ordre légèrement différent et si les conseils sont un peu plus détaillés. Élément nouveau: ce code insiste sur la participation des femmes à des campagnes de dépistage de masse.

Un dépliant de l'Europe contre le cancer développe les dix conseils du code; il est diffusé par chaque organisme avec son logo propre (même chose pour les affiches), auprès de ses membres. Chacun a consacré un numéro de son trimestriel au code.

De son côté, l'Oeuvre Belge du Cancer mène aussi, entre autres, l'action Pomme Santé dans des écoles maternelles et primaires.

L'Association contre le Cancer, quant

à elle, diffuse dans les écoles de l'enseignement secondaire et technique un dépliant intitulé «Éviter le cancer, c'est aussi mon affaire, je ne fume pas». On peut, en outre, trouver chez elle les résultats d'une étude réalisée par Anne Van Boxel, auprès de plus de 400 médecins sur la prévention du cancer en médecine générale.

Signalons enfin une nouvelle brochure de l'Association «Cancer du sein: l'essentiel».

Pour de plus amples renseignements sur les actions, contactez:

- l'Oeuvre Belge du Cancer, rue Royale 217, 1210 Bruxelles, tél. 02/225.82.11, fax 02/225.82.90;
- l'Association contre le Cancer, place du Samedi 13, 1000 Bruxelles, tél. 02/219.19.20, fax 02/218.53.27.

(1) *Séparément, mais fait assez rare pour être remarqué, les deux organismes se sont associés notamment pour informer la presse sur leurs activités respectives. Notre rédaction a ainsi reçu une seule farde de presse contenant les deux dossiers d'information! Cette «union sacrée» va-t-elle se poursuivre à l'avenir? Le départ du Dr Ziant de l'Association contre le Cancer pourrait favoriser les synergies...*

Le nouveau Code européen contre le cancer

Vous pouvez éviter certains cancers et améliorer votre capital santé si vous adoptez un mode de vie plus équilibré.

1. Ne fumez pas. Si vous fumez, arrêtez le plus vite possible et ne fumez pas en présence des autres. Si vous ne fumez pas, ne vous laissez pas tenter par le tabac.
2. Si vous buvez des boissons alcoolisées - bière, vin ou alcool - modérez votre consommation.
3. Augmentez votre consommation quotidienne de fruits et de légumes frais. Mangez souvent des céréales à haute teneur en fibres.
4. Évitez l'excès de poids, augmentez votre activité physique et limitez la consommation d'aliments riches en matières grasses.
5. Évitez la surexposition au soleil et évitez les coups de soleil surtout durant l'enfance.
6. Appliquez de manière stricte les réglementations dont la finalité est d'éviter l'exposition aux substances carcinogènes connues. Suivez toutes les consignes d'hygiène et de sécurité concernant les substances qui pourraient causer un cancer.

Plus de cancers pourraient être guéris s'ils étaient détectés plus tôt.

7. Consultez un médecin si vous remarquez une grosseur, une plaie qui ne guérit pas (y compris dans la bouche), un grain de beauté qui change de forme, taille ou couleur, ou des saignements anormaux.
8. Consultez un médecin si vous avez des troubles qui persistent, comme une toux ou une voix enrouée, un changement des fonctions des intestins ou de la vessie, ou une perte inexplicable de poids.

Pour les femmes

9. Faites pratiquer un frottis vaginal à intervalles réguliers. Participez à des campagnes de dépistage de masse du cancer du col.
10. Examinez vos seins régulièrement. Si vous avez plus de 50 ans, participez à une campagne de dépistage de masse par mammographie.

■ Rendez-vous avec votre coeur

Un dossier pédagogique conçu avec et pour des enseignants

«Rendez-vous avec votre coeur», c'est un beau projet dont nous vous avons déjà parlé dans un numéro précédent (1). C'est aussi le nom d'un nouvel outil attractif, ludique et diversifié sur la santé du coeur. Cet outil, subsidié par la Communauté française, s'inscrit dans un projet sur la santé du coeur développé par le service E.S.P.A.C.E. Santé depuis 1992. Différents outils le constituent:

- le dossier de l'enseignant (125 pages) divisé en 5 cahiers d'exploitations pédagogiques reprenant successivement: le système circulatoire, «Bouger pour un coeur champion», «Nourrir son coeur», «Respirer un air sain», «Bien dans son coeur, bien dans son corps, bien dans sa tête» ainsi qu'une multitude de données utiles;
- une série de 16 diapositives, des panneaux (prêt possible en région liégeoise) ou la vidéo «Prendre son coeur à coeur» d'une durée de 25 minutes;
- un dossier de l'élève qui reprend plus de 50 exercices;
- des plaquettes adaptées à chaque tranche d'âge: «Devenir ami de son coeur» ou «Le coeur un copain branché».

A qui s'adresse le dossier pédagogique?

Il est écrit à l'intention des enseignants qui travaillent avec des enfants à partir de 10 ans et des adolescents jusqu'à 15 ans. Les besoins des jeunes sont différents; divers éléments qui composent le dossier permettent aux enseignants de les adapter à chaque groupe voire à chaque enfant.

Des choix

En terme de santé, les options éducatives du projet visent à lutter contre le morcellement du corps de la personne, à inciter les jeunes à plus de gestion. Les messages discutés passent par une approche globale de la santé.

Dans un premier temps des stratégies sont mises en place pour réinvestir le coeur et son système circulatoire. Il s'agit ensuite de découvrir, de renforcer, d'approfondir la manière dont on peut vivre mieux aujourd'hui par l'équilibre du corps, le sommeil, l'alimentation en lien avec le système cardio-vasculaire. Pour ce faire trois éléments-clés sont à travailler: les connaissances, la confiance, le sentiment de compétence.

Connaissances

Parler de la santé à des enfants, à des adolescents ce n'est pas facile. L'enseigner, ça l'est encore moins. C'est pourquoi E.S.P.A.C.E. Santé, renforcé par l'expérience acquise, met à la disposition des enseignants une panoplie d'outils accessibles à tous qui leur permettent d'aborder la santé cardio-vasculaire de manière positive et attractive.

Le coeur et ses vaisseaux c'est une merveilleuse machine, partir à sa découverte passionne les jeunes. L'information n'est pas le seul élément qui influence les comportements, elle en est cependant une des bases.

Au sein du dossier, les messages sont simplifiés afin de favoriser une fixation des connaissances qui seront développées dans la suite de l'apprentissage.

Confiance

Nous disposons tous d'un capital physique et psychique. Nous n'en mesurons pas toujours les potentialités. Ce dossier permet aux jeunes de redynamiser cette utilisation, de reprendre confiance.

Le message que nous leur proposons est un mouvement vers une perception positive de la santé.

Compétence

En plus des connaissances et de la confiance de chacun qu'il convient de renforcer, il reste des problèmes d'accessibilité, des éléments personnels et culturels, des pressions sociales, autant de facteurs favorables ou défavorables à une gestion «objective» de la santé.

Il convient donc de déterminer la zone de compétence du jeune et de chercher avec lui comment il est possible qu'il gère et améliore sa santé. Avec ce dossier, les acteurs de terrain offrent à chacun des perspectives de conserver sa santé sans renoncer aux plaisirs quotidiens et même en les renforçant.

Un dossier construit avec des enseignants

La matière a été développée et structurée, pendant deux ans, à partir des expériences d'animations menées à la demande des enseignants au niveau des classes primaires et secondaires inférieures.

Des échanges fructueux se sont établis avec divers programmes sur la santé du coeur réalisés au Québec ainsi qu'avec d'autres expériences belges et européennes.

Un prototype du dossier a été réalisé et confronté aux avis des enseignants. Cette étape a entraîné des remaniements, sur base entre autres de la pédagogie développée par F. Tirtiaux, Inspecteur de l'Enseignement Fondamental.

Et ensuite

Ce dossier est déjà une construction bien solide. Cependant leurs auteurs ne le considèrent pas comme une fin en soi. Une évaluation de l'utilisation du contenu est proposée aux enseignants et une possibilité d'inclure des exercices, illustrations ou modifications leur est offerte.

Des aménagements seront effectués pour les éditions ultérieures. Ce dossier peut devenir ainsi un outil encore plus collectif.

Des informations complémentaires sur le programme «Rendez-vous avec votre coeur», sur son dossier pédagogique et les moyens de l'acquérir peuvent être obtenues à l'adresse ci-dessous.

Service E.S.P.A.C.E. Santé des F.P.S., rue Douffet 36, 4020 Liège. Tél.: 041/41.63.31. Fax.: 041/41.63.47.

Toute demande sera suivie de l'envoi d'un tract d'information sur les modalités d'acquisition.

Le prix

Dossier pédagogique : 1.000F
Vidéo : 1300F
Diapositives : 700F
Plaquettes : 10F pièce

Hugues Ghenne, Jeanne Marie Delvaux

(1) *Un article intitulé «Corps accord avec le coeur» consacré à cette action a été publié dans le n° 84 (janvier et février 1994) de la revue «Education Santé» p.13. ■*

■ Promotion de l'allaitement maternel

62% des femmes

Les organisations belges de promotion de l'allaitement maternel font le constat suivant: l'allaitement est incontestablement en vogue, 62 % (données de 1993, ONE) des jeunes femmes allaitent leur enfant à la sortie de la maternité.

Mais un autre constat vient relativiser ce chiffre encourageant: un mois plus tard, plus de la moitié des mères ont adopté un autre mode d'alimentation pour leur enfant. Les causes de cet abandon sont multiples. L'une d'elles est le manque de repères vivants que peut avoir la femme. L'allaitement, lorsque les produits de synthèse n'étaient pas omniprésents, jouait le rôle de modèle pour la future mère. Faute de points de référence visibles, la femme enceinte a perdu la tradition de l'allaitement.

Le manque d'informations et de connaissances des éléments physiologiques, nutritifs et psychologiques de l'allaitement maternel, ne facilite pas une prise de décision.

L'asbl «La goutte de lait» qui promeut le fonctionnement de structures de médecine préventive s'occupant de la mère et de l'enfant, vient de réaliser un vidéogramme, «L'allaitement, le temps d'y penser», qui se veut un outil d'information tant pour la femme qui désire allaiter que pour son milieu familial.

Car si les contraintes de l'allaitement peuvent être dues à la femme elle-même, elles peuvent être imposées par le conjoint, par des connaissances ou par le milieu professionnel. Quel que soit le choix fait, il ne s'impose pas de prime abord, il est le fruit du dialogue et de l'information. Ce vidéogramme, premier d'une série de trois, répond de manière claire et simple aux nombreuses questions que se pose la future mère. Il explique les processus physiologiques de la production de lait en passant par la technique d'allaitement pour aborder la

relation mère-enfant. Il permet aussi le recadrage de croyances et de certains a priori périmés.

L'information globale reste un problème important tant auprès des femmes qu'auprès des institutions hospitalières elles-mêmes.

Les seules informations reçues par le personnel médical et infirmier sont généralement offertes par les firmes commerciales produisant les laits de synthèse.

Conscient de ce problème, l'UNICEF a codifié l'action pour la promotion de l'allaitement maternel sous la forme de reconnaissance d'hôpitaux «amis des bébés». Dix critères permettent cette reconnaissance.

Si 3000 hôpitaux à travers le monde répondent à ce label, aucun, en Belgique, ne l'a reçu! Les réticences sont plus de nature financière qu'éthique. Les «avantages» accordés par les firmes commerciales aux hôpitaux sont souvent non négligeables et certains verraient d'un mauvais oeil la disparition de cette manne.

Les pouvoirs publics ont aussi réagi en édictant la loi du 5 janvier 1994 qui interdit bel et bien la distribution d'échantillons, de boîtes gratuites, ou de bons de réduction des «préparations pour nourrissons», que se soit par les firmes productrices ou distributrices ou par l'intermédiaire de services de santé, telles les maternités.

Pour tout savoir sur les avantages de l'allaitement au sein ou pour toute autre information, adressez-vous à l'une des associations suivantes:

Réseau Allaitement Maternel (RAM), rue du Bois de Lobbes 63, 6060 Gilly - Tél.: 071/42.15.25.

Infor-Allaitement, Grande rue au Bois 82, 1030 Bruxelles - Tél.: 02/242.99.33.

Allaitement-infos, Av. Général Michel 1b, 6000 Charleroi - Tél.: 071/33.02.29.

La Leche League Belgique, c/o Liliane Marage, Chée de Louvain 102, 1030 Bruxelles - Tél.: 02/230.40.22.

Le vidéogramme «L'allaitement, le temps d'y penser» est disponible au prix de 1.200 Fr. à «La goutte de lait», Clinique Saint-Vincent de Rocourt, rue François Lefèbre 207, 4000 Liège. Tél.: 041/46.16.46 ou fax: 041/63.88.38 ■

■ Les notices de médicaments sont-elles lisibles?

Qui ne s'est jamais trouvé dans la situation de lire une notice de médicament et de n'y rien comprendre tant les termes étaient compliqués et les caractères minuscules?

N'est-il pourtant pas essentiel d'informer correctement le consommateur sur le produit qu'il s'appête à avaler? Pour la Cellule de coordination du bon usage du médicament (coordonnée par le Centre Coopératif de la Consommation), il était temps de faire le point sur la qualité actuelle des notices, puisque cela fait maintenant une bonne dizaine d'années que la loi impose aux fabricants une notice scientifique et une notice patient compréhensible.

Luk Joossens, 'Monsieur Notice' au CRIOC, a étudié à la loupe les notices des 20 spécialités les plus vendues en Belgique en 1994 et des 10 médicaments ayant réalisé le plus gros chiffre d'affaire. Autant dire que l'échantillon est largement représentatif des notices auxquelles le grand public est confronté régulièrement.

Le but de cette étude était double:

- évaluer les problèmes persistants de lisibilité;
- proposer des pistes d'amélioration au Ministre (fédéral) de la Santé publique et à la Commission européenne.

Encore un effort

Des progrès incontestables ont été accomplis, mais tout n'est pas encore parfait, tant s'en faut.

Ainsi, certains médicaments ne possèdent toujours qu'une notice scientifique. Pour d'autres spécialités, la notice abuse de termes médicaux et techniques, ou est imprimée en caractères trop petits (le minimum devrait être un corps 8 selon Joossens).

Autres problèmes, les effets attendus sont moins bien expliqués que les effets contraires, l'ordre des rubriques (imposé par une directive européenne) n'est pas fait en fonction du patient mais du fabricant, etc. L'adaptation des notices à la réalité du patient-consommateur est une nécessité réalisable. Il semble bien qu'une

grande majorité des patients les lisent, même quand elles ne sont pas claires. Il s'agit donc bien d'outils d'information privilégiés sur le bon usage du

médicament, qui complètent les indications fournies par le médecin et le pharmacien. Raison de plus pour leur accorder le plus grand soin!

Pour de plus amples informations, Dr Josette Charles, Centre Coopératif de la Consommation, rue Haute 28, 1000 Bruxelles. Tél.: 02/500.52.12. ■

■ Grandir en toute sécurité



L'Office de la Naissance et de l'Enfance et la compagnie d'assurances ABB mènent conjointement, depuis 5 ans, des campagnes de sensibilisation aux accidents domestiques. Une nouvelle campagne a été lancée le 30 novembre 1995.

Elle se base sur trois types de sup-

ports: un message de sensibilisation en télévision, des dépliants et une brochure interactive.

Le message télévisé

Les brûlures constituent le thème central du message télévisé, en tant que symbole des accidents domestiques en général. Si les brûlures représentent à peine 2% des accidents graves dont sont victimes les petits enfants, il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'accidents très graves qui marquent à vie l'individu et son entourage. Un petit canard dans un bain, objet familier des petits, interpelle l'adulte sur la nécessité de ne jamais relâcher l'attention en présence d'un enfant, où qu'il soit dans la maison.

Des dépliants qui suivent l'enfant

L'O.N.E. a mis au point quatre fiches sé-

curité qui suivent l'évolution de l'enfant: de 0 à 9 mois, de 9 mois à 2 ans, de 2 à 3 ans et de 4 à 7 ans. Ces fiches permettent d'interpeller au moins quatre fois les parents sur le thème de la sécurité à la maison, en fonction des activités bien précises liées à l'âge de l'enfant.

Une brochure interactive

L'enfant peut, avec ses parents, y rechercher les dangers dans la maison et découvrir la situation conseillée. La brochure fourmille aussi de conseils très pratiques et indique aux parents où ils peuvent se procurer du matériel de sécurité.

La brochure et les dépliants sont disponibles auprès de l'O.N.E., Service éducation pour la santé, route de Gembloux 2, 1450 Cortil-Noirmont, tél. 081/61.42.48, fax 081/61.15.00. ■

■ Le Centre de Documentation et de Coordination Sociales

Créé en 1977 à l'initiative de communes et d'associations privées bruxelloises, le C.D.C.S. est un organisme pluraliste et bicommunautaire qui collecte de l'information sur l'ensemble des matières relatives à l'aide aux personnes et à la santé en Région de Bruxelles-Capitale. Le Centre est reconnu et subsidié par la Commission communautaire commune depuis 1990.

Ses principales missions

- Répertoire et maintenir à jour, sur support informatique, les organismes, institutions et associations privés et publics du secteur psychosocio-médico-social, afin de constituer une banque de données générales et permanente de l'équipement socio-collectif bruxellois.

- Constituer un fonds documentaire en sciences humaines. La presse quotidienne et de nombreux périodiques spécialisés sont dépouillés et les articles classés par thème. Le Moniteur belge est également dépouillé chaque jour.

Observatoire de la vie associative

Depuis sa création, le C.D.C.S. a toujours été un lieu d'observation privilégié des activités et de l'évolution du secteur psycho-médico-social bruxellois. Son projet est de pouvoir mettre en place des outils permettant une meilleure connaissance quantitative et qualitative du secteur.

Le C.D.C.S. publie depuis peu le «Di-

gest de l'actualité sociale bruxelloise», vitrine continuellement actualisée de ce que l'utilisateur peut trouver dans le centre de documentation (l'abonnement à ce trimestriel est de 950 francs par an). Il s'adresse essentiellement aux travailleurs sociaux des CPAS.

Dans le cadre de la campagne de sensibilisation de ses services, le C.D.C.S. a demandé au dessinateur bruxellois François Schuiten («Les Cités obscures») de réaliser une affiche suggérant les divers services que le Centre peut rendre. Le résultat est splendide!

Centre de Coordination et de Coordination Sociales, rue Paul-Emile Janson 42, 1050 Bruxelles, tél. 02/646.64.70, fax 02/647.80.48, heures d'ouverture: du lundi au vendredi de 9 à 12 heures, et sur rendez-vous. ■

Communauté flamande). Par ailleurs, l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes a édité du côté néerlandophone, un programme de prévention destiné aux enfants de 3^e et 4^e année primaire, intitulé «Eerst water, de rest komt later». Ce programme a suscité un grand intérêt au sein des écoles, qui l'ont utilisé dans le cadre de la semaine. L'an prochain, il sera adapté sous le slogan «D'abord de l'eau pour sauver ma peau» et diffusé dans les écoles francophones grâce à une collaboration entre Infor santé et Educa-Santé.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'ANPI et à EDUCA-SANTE

PRÉVENTION INCENDIE

Des documents sont à la disposition des écoles:

✓ Un dépliant présentant certaines mesures de sécurité: le détecteur de fumée, le plan d'évacuation, les moyens de première intervention.

✓ Un recueil de fiches d'analyse de 34 outils de prévention des incendies et des brûlures.

✓ Un livre à colorier comportant 12 images accompagnées de commentaires sur quelques règles de base dans le domaine de la prévention incendie.

✓ Un jeu «Prevento», jeu de société comportant des questions pour tous les âges à partir de 5 ans (il est aussi disponible pour les familles).

✓ Une vidéo « Quand les minutes comptent », qui donne un aperçu des problèmes qui peuvent survenir lors de l'évacuation d'un bâtiment scolaire en cas d'incendie, et des conseils pratiques pour améliorer la protection incendie dans les bâtiments scolaires. Il comporte deux parties distinctes destinées aux enseignants et aux élèves du primaire.

✓ Un dossier «En tous lieux, le réflexe anti-feu», réalisé par l'équipe d'interaction sociale de la Nouvelle Gazette, la Province, la Meuse, la Lanterne.

A partir de ce dossier qui a paru du 9 au 15 octobre, un jeu concours a été proposé aux jeunes lecteurs de 10 à 16 ans. Parmi les 300 participants, 50 se verront dotés d'un prix.

ORGANISMES-RESSOURCES

(Pour les adresses non mentionnées, voir La Lettre du RAS n° 2)

✂ EDUCA-SANTE

✂ ANPI: Association nationale pour la protection contre l'incendie et l'intrusion, Parc scientifique, 1348 Louvain-la-Neuve. 010/47.52.91

✂ APES

✂ Centre Antipoisons

✂ Centre coopératif de la consommation

✂ CFES: Comité Français d'Education pour la Santé, 2, rue Auguste Comte, 92170 Vanves. (1) 46.45.45.00

✂ CIRPAE

✂ Les Commissions locales de coordination en éducation pour la santé

✂ CRIOC

✂ CROIX ROUGE

✂ Direction Générale de la Prévention et des services communautaires, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1075, ch. Sainte Foy, 10^e étage, Québec, G1S 2M1, (418) 646-2070

✂ FNAGB

✂ IBSR

✂ IEC: Institut Européen de Cindyniques, 47, rue de l'Université, 75007 Paris. (1) 48.78.46.59

✂ Médiathèque

✂ ONE

✂ PIPAD'ES, Projet Intercantonal de prévention des accidents d'enfants, Service de santé publique, rue Cité-Devant, 11, 1014 Lausanne. (021)316.42.65.

✂ QUESTION SANTE

Un vélo tout neuf

Le Centre Coopératif de la Consommation a réalisé un ensemble de supports destinés aux enfants de 4 à 9 ans, à leurs parents et à leurs enseignants, en vue de les sensibiliser à l'apprentissage précoce du vélo.

Trois supports, une cassette vidéo de 10 minutes pour les enfants, un cahier pédagogique destiné aux enseignants et une brochure pour les parents constituent les pivots de la démarche.

Démarche qui est résolument orientée sur l'apprentissage des risques dans un contexte encadré, qui met en évidence la psychomotricité de l'enfant et qui propose des applications adaptées à l'école et à la maison.

La vidéo qui est tournée dans des lieux de vie habituel des enfants (cours d'école, parc) aborde l'équilibre, les premiers coups de pédales, le freinage. Elle est attractive et amusante par ses effets spéciaux.

La brochure est là pour aider les parents à épauler leur enfant dans ses premiers apprentissages. Elle leur donne une série d'informations utiles sur l'achat du vélo, son entretien et son utilisation correcte.

Le cahier pédagogique propose aux enseignants des expériences pédagogiques

reproductibles et fonctionnelles. Trois thèmes principaux y sont traités: la maîtrise du vélo, l'adaptation à l'environnement et la maîtrise de la mécanique. Une démarche d'autant mieux adaptée à l'école qu'elle est initiée par un enseignant qui connaît parfaitement son métier et les enfants. Pour toute information s'adresser à Marc RUIDANT au Centre Coopératif de la Consommation, rue Haute, 28 - 1000 Bruxelles - Tél.: 02/500 52 12; fax:02/514 54 43.

RAS

LA LETTRE DU



Réseau Actions Sécurité

Secrétariat de rédaction
Olivier Swingedau


Comité de rédaction
Martine Bantuelle/Educa-Santé
Dr Nicole Damestoy/Direction de la Santé publique, Québec
Christian De Bock/Education Santé
Axel Roucloux/IPHS, Namur
Luciane Tourtier/CLC de Bruxelles
Dr Patrick Trefois/Question Santé

Réalisation graphique
Carine Simon/Question Santé

Une collaboration

Le Programme RAS est soutenu par le Ministère de la Culture et des Affaires Sociales de la Communauté française



RAS

LA LETTRE DU Réseau Actions Sécurité

N°4 4^{EME} TRIMESTRE 95

DOSSIER : QUELLE AUTRE APPROCHE METHODOLOGIQUE ?



Il y a neuf mois, vous avez pris connaissance du premier numéro de la Lettre du RAS.

Ce numéro 4 est structuré comme à l'habitude selon 2 axes.

Le premier vous appartient: activités intéressantes, contraintes, difficultés, réussites, aides bienvenues et initiatives originales paraissent ici, et font de cette Lettre un véritable bulletin de liaison et d'échanges.

Le second axe est plus théorique et occupe les 4 pages centrales. Nos trois premiers dossiers ont abordé la prévention des accidents chez les jeunes enfants, l'accident sportif et le problème des chutes chez les personnes âgées. Le présent dossier consacre ses colonnes à l'analyse des différentes approches utilisées dans les pays francophones. Il s'appuie sur le premier séminaire francophone de la prévention des traumatismes et accidents, qui s'est tenu les 16-17 et 18 octobre à Paris. Des Français, des Suisses, des Québécois et des Belges ont jeté les bases d'un réseau et ont durant ces trois journées confronté leurs approches, leurs jargons et leur volonté de mettre en chantier des projets communs: glossaires, formations, annuaire des ressources, documentation...

Un autre regard et une réflexion qui pourront élargir la palette de nos stratégies et de nos actions...

SOMMAIRE

P. 2, 7, 8: - A FOREST - A NAMUR ET GEMBLOUX
- SEMAINE NATIONALE DE LA PRÉVENTION INCENDIE.
- LES ORGANISMES RESSOURCES.

P. 3 à 6: DOSSIER : LES APPROCHES COMPLÉMENTAIRES EN PRÉVENTION DES ACCIDENTS.

BELGIQUE
P.P.
1050 BRUXELLES 5
1/6233
Bureau de dépôt

RAS

Editeur responsable: Patrick Trefois - Question Santé, association sans but lucratif, rue du Viaduc, 72 - 1050 Bruxelles - D/1995/3543/14 - Trimestriel - parait en février, mai, août, novembre. Bureau de dépôt: Bruxelles 5

A FOREST

La commune a accueilli en octobre dernier «l'Autre Cirque», les trois «roulottes» consacrées aux accidents domestiques. Cette initiative, proposée par la Commission Locale de Coopération en Education à la Santé de Bruxelles et soutenue par la COCOF, a rencontré un franc succès: 500 visiteurs en une petite semaine, 90% d'écoles (pour 10% d'individuels), et de nombreuses idées en voie d'évaluation proposées par des visiteurs, tant privés que scolaires, très motivés et enthousiastes.

Pour rappel, ces roulottes, entièrement équipées en matériel pédagogique et en animations ludiques destinées aux enfants, traitent à la fois des brûlures, des intoxications médicamenteuses et chimiques, et des accidents sportifs (à chaque roulotte son thème!).

Leur présence à Forest s'inscrit dans un programme plus général de santé communautaire intitulé «Forest-Quartiers-Santé». Il faut dire que cette commune, où les écarts socio-économiques sont fort importants, mène depuis de longues années déjà une politique d'égalité des chances et de «mieux-vivre» grâce à un réseau d'intervenants très motivés.

Voilà ce que déclare à ce propos Jacques Morel, médecin généraliste et membre du Groupe de Pilotage.

- Comment votre Réseau fonctionne-t-il?

«Comme réseau de partenariat entre les mondes associatif et communal, géré par six représentants d'associations et six représentants de la commune. Il concerne tant la formation (réservée aux intervenants, mais aussi à quelques représentants des habitants) que l'analyse des besoins (et souhaits) via des groupes de travail rassemblant à nouveau professionnels et habitants».

Forest doit en effet tenir compte des distorsions de niveau économique entre sa «classe aisée» (Haut de Forest) et les quartiers plus défavorisés. Il va sans dire que c'est cette dernière catégorie de population qui fait l'objet de l'attention maximale du groupe de pilotage: «Il est plus facile de se brûler à un poêle à charbon ou à pétrole que contre un radiateur de chauffage central! De même, éviter les accidents domestiques, c'est aussi se sentir en sécurité parmi les siens, être bien traité, bien encadré... Là non plus, toutes les catégories sociales forestoises ne sont pas à égalité!».

- Quel est votre but ultime?

«Mon souhait est d'arriver courant 1996 à un Forum communautaire retraçant les diagnostics établis en matière d'attente et de besoins, et la manière dont les enjeux sont

perçus par la population et les intervenants. Pour ce faire, ces derniers se forment via des programmes bien ciblés, puis consultent leurs relais afin d'évaluer les besoins pour un «mieux-vivre» collectif. Nous serons alors prêts à «ramasser» l'information évaluée pour ce Forum!».

LE PLEIN D'IDÉES

Concrètement, les animateurs des roulottes ont constaté plusieurs choses intéressantes. Annie Moulart, membre également du Comité de Pilotage et A.S., pointe plusieurs axes de réflexion:

- Comment évaluez-vous cette initiative?

«Nous ne nous attendions pas à un tel succès. Nous aurions pu garder les roulottes encore une semaine! La curiosité des visiteurs nous a également surpris; il fallait parfois vraiment bien réfléchir avant de répondre!

D'une part, quelque chose m'a frappée, que mes collègues ont d'ailleurs confirmé: les écarts entre la compréhension des uns et celle des autres sont parfois énormes! A âge égal, le niveau d'éveil peut être incroyablement différent. Il faut signaler que Forest connaît un pourcentage non négligeable d'analphabètes, et il faut dire qu'il y avait vraiment beaucoup à lire dans les roulottes!

D'autre part, si les 6-12 ans se sont montrés amateurs des jeux proposés (roulette à cliquetis, lumières qui s'allument...), les ados de Forest, qui venaient en général par groupes de 2-3 personnes, étaient un peu âgés pour cela! Or, ces ados constituent vraiment un groupe-cible pour nous... D'un autre côté, la diversité constatée dans le public (écoles des ZEP, groupes d'alphabétisation, école des devoirs, IMS, maisons de quartier...) prouve qu'il y a matière à développement dans des directions fort variées».

UN BON FEEDBACK!

Télé-Bruxelles, la Dernière Heure, Vlan, Le Soir... Les médias ont positivement réagi au projet forestois. Cela a renforcé le groupe-pilote (qui travaille en fait au sein de la Maison Médicale de Forest, mais qui agit contre l'exclusion via l'organe de concertation qu'est la Commission Prévention de la Mission Locale) dans ses intentions de ne pas en rester là. Une grille d'évaluation des commentaires élaborée, l'équipe va définir des axes de développement pour l'avenir.

Des exemples: un professeur a eu l'idée, avec ses élèves, de créer un nouveau jeu en matière de prévention des accidents domestiques; un autre voudrait initier les enfants à de menus travaux de bricolage, qui eux aussi peuvent contribuer à prévenir certains accidents, tant dans qu'autour de la maison... Les enseignants pourraient

également penser à donner un vrai cours de prévention, sur base d'exemples vécus et concrets, pour montrer «ce qui est dangereux» à des enfants qui, souvent, habitent dans des logements insécurisants car mal adaptés, dont les parents n'ont pas forcément le temps, l'envie ou le réflexe de les initier à de tels risques...

«L'école du risque» Forestoise a vécu et les consciences sont éveillées: l'information doit à présent circuler, les idées... aussi! Un processus à long terme, tel que souhaité par les intervenants, est lancé.

Des «groupes nominaux» (voir la feuille «Forest Quartiers Santé» de juin 1994, disponible à la M.M. Forest, (47 Chaussée de Bruxelles, 1190 Forest, tél.02/376.34.13. et fax 02/332.27.50.) ont été créés afin de persévérer dans ces recherches. Ils auront pour but de définir problèmes et priorités de la population via l'analyse des attentes afin d'atteindre un consensus; une initiative d'origine québécoise, comme beaucoup d'autres en matière de santé publique.

A NAMUR ET GEMBOUX

L'Institut Provincial d'Hygiène Sociale de Namur dispose d'un service de promotion de la santé auquel est rattachée la CLC de Namur. Ces deux services ont voulu collaborer activement à la semaine nationale de prévention des incendies à Namur et Gembloux.

INCENDIE : PRÉVENTION

Ces services ont participé conjointement au week-end Portes Ouvertes du 7 et 8 octobre organisé par la caserne des pompiers. Animations, démonstrations et stands de prévention ont présenté ce qui se passe avant, pendant et après l'incendie. Un concours de dessins sur le thème de l'incendie et ses causes, les jeux Prévento de ANPI et «Barrez-vous les dangers» de la Croix-Rouge Jeunesse ont interpellé les enfants; des vidéos étaient programmées pour les adultes. L. De Vadder qui était l'une des animatrices du stand de prévention nous donne ses impressions. «Ces activités de prévention étaient malheureusement trop peu signalées et peu de monde était présent par rapport aux autres années, aux dîners du service des pompiers. A défaut d'avoir pu rencontrer un large public, cette journée nous a apporté plusieurs éléments de réflexion. Il était frappant de constater que les enfants de milieux défavorisés (la majorité des enfants présents) venaient passer l'après-midi seuls, sans but. Leur notion de prévention, au travers du jeu, se manifestait essentiellement par une

suite p. 7

attitude de protection des biens matériels et non par une attitude de protection de leur santé et de celle des autres. Il serait nécessaire de sonder par le biais d'activités ludiques auprès d'un public large d'enfants de milieux défavorisés les motivations, les intérêts, les attitudes en matière de promotion de la santé. Et d'après ces résultats, peut-être, de mettre en place une action spécifique au niveau des écoles ou autres groupements qui drainent essentiellement cette population».

DÉCENTRALISATION RÉUSSIE

«La caserne de Gembloux a cependant été vivement intéressée par une collaboration de la CLC à la semaine «Portes Ouvertes» qu'elle organisait. Concrètement, on a proposé une démonstration d'intervention, de même que la visite d'une ambulance, en expliquant le matériel des pompiers et comment ils s'organisent pour la coordination. Question timing, on compte 1h30 par classe et 6 classes de ± 20 élèves par jour».

Annick Penson, infirmière (Lic.Ed.Santé) et Jacqueline Dumoulin (AS) sont particulièrement sensibilisées à l'éducation pour la santé, au sein du Centre de Santé Provincial de Gembloux, qui dépend de l'IPHS de Namur. La CLC leur propose des activités concrètes qu'elle aidera à réaliser. Une concertation qui aboutit à plusieurs décisions:

- un courrier personnalisé est envoyé par la CLC aux écoles primaires dépendant du centre de santé IMS: écoles communales, mais aussi écoles primaires libres et de la Communauté grâce à l'accord (via CLC) des PMS-Jambes-qui supervise les écoles de Gembloux- et CF.-le Centre de santé Gembloux reçoit les demandes des écoles pour les visites à la caserne des pompiers de Gembloux et les informe au fur et à mesure.

- Il reçoit en prêt de la CLC (qui est centre de référence RAS) des documents en matière de prévention des incendies et accidents domestiques en général; certains documents peuvent être conservés. Ainsi, les enseignants qui le souhaitent pourront aborder la problématique en classe: documents didactiques, affiches, Jeux, diapos... A terme, il faudrait que les centres de santé intéressés puissent gérer un petit stock de documentation sans devoir le demander à la CLC. La CLC en profite pour réaliser un petit dépliant qui explique ses services et son utilité.

- La CLC recontacte les pompiers pour les informer des décisions; les deux intervenantes gembloutoises peuvent alors rencontrer personnellement les pompiers.

RÉSULTATS

Le planning des pompiers est très vite rempli! Les classes sont intéressées.

L'infirmière du Centre PMS de Jambes désire même accompagner les élèves pendant la visite.

Il s'agit à présent de bien choisir la période scolaire et de profiter de l'effet de dynamique créé par Gembloux pour évaluer l'action entreprise (normalement, avant la fin de l'année). «On ne peut parler actuellement que d'une ébauche d'action sur le terrain à Gembloux» précise B. Reginster. «Nous avons fait communiquer des personnes qui n'ont aucunement l'habitude de travailler ensemble: les pompiers et les équipes IMS n'avaient jamais évolué autour d'un même thème! D'autres partenaires potentiels ont été contactés, comme les centres PMS de la région; mais c'est un peu prématuré pour le moment de parler d'un réel «Groupe de Pilotage» à Gembloux! Il faut le temps que les mentalités se fassent à cette manière de travailler en concertation. Une des difficultés rencontrées par tous les intervenants réside dans le fait que leurs plannings respectifs sont déjà très remplis: visites médicales, animations dans les écoles dans le cadre de leur rénovation, formations personnelles... Toutes ces obligations font que l'on ne débloque que très difficilement des plages de temps dans notre secteur. L'envie et l'intérêt y sont toujours; là n'est pas le problème!»

UNE SEMAINE NATIONALE QUI A FAIT PARLER D'ELLE

La Semaine nationale de la prévention incendie s'est déroulée du 8 au 15 octobre avec pour thème «les jeunes et l'incendie».

Il s'agit d'une initiative conjointe de l'ANPI, de la FNAGB, du SIAMU, du KVIP et d'EDUCA-SANTE. L'objectif principal de cette semaine, qui a eu lieu pour la deuxième année consécutive, est de réduire le nombre d'accidents et d'incendies, en incitant les particuliers, les responsables de bâtiments publics, les décideurs à prendre des initiatives dans ce domaine.

L'organisation d'une telle opération a bénéficié du soutien financier de firmes privées (BRK-First Alert, Somati, Noordstar Assurances et General Accident) et du haut patronage du Secrétaire d'Etat à la sécurité, à l'intégration sociale et à l'environnement. Grâce à la collaboration du Ministère de la Culture et des Affaires sociales et du Ministère de l'Enseignement de la Communauté française, des dépliants et des informations ont été envoyés dans tous les établissements scolaires de la Communauté

française.

EXERCICES PRATIQUES

La semaine a été inaugurée par une prestation exemplaire, un exercice d'évacuation dans une des écoles communales primaires de la Commune de Berchem-Saint-Agathe, école qui s'est intéressée au thème de la sécurité durant toute l'année scolaire précédente.

Pour la circonstance, et de manière exceptionnelle, les pompiers étaient présents et nous ont montré l'efficacité et la rapidité de leurs possibilités d'intervention. Le but d'un tel exercice: attirer l'attention des responsables de collectivités d'enfants sur l'importance de prévoir le pire en s'entraînant à avoir de bons comportements.

Durant toute la semaine, un nombre impressionnant d'activités a été comptabilisé par les écoles, les services d'incendie, les maternités.

Près de 3000 écoles francophones et néerlandophones ont, durant cette semaine, intégré la problématique de la prévention de l'incendie dans leurs activités.

Les services d'incendie de Bruxelles, Beauraing, Braine-l'Alleud, Flémalle, Fleurus, Gembloux, Jodoigne, Namur, Nivelles, Saint-Hubert, Spa, Wavre ont proposé un ensemble d'activités, la prestation dans les grands centres commerciaux, la Journée portes ouvertes, la séance de sensibilisation et l'exercice d'évacuation à l'école, la démonstration d'extinction, l'exposition de photos d'interventions, l'exposition de matériel de prévention et de protection, le concours de dessin, la visite de la caserne par les écoles et des séances éducatives.

Dans les maternités de l'Hôpital Brugmann à Bruxelles, de l'hôpital Saint-Elisabeth de Namur, de l'hôpital de la Citadelle à Liège et de l'Hôpital Civil de Charleroi, les pompiers ont rencontré les jeunes mamans. En plus de conseils pratiques de prévention pour une meilleure sécurité contre l'incendie à la maison, elles ont reçu un colis de prévention comportant un détecteur de fumée, un livre à colorier et des brochures informatives.

L'ANPI et le Centre des Brûlés de Gand ont aussi ouvert leurs portes au public.

POUR LE FUTUR

A signaler la bonne coordination entre les organismes partenaires des trois régions du pays ainsi qu'un enrichissement mutuel.

A titre d'exemple, les fiches-outils de prévention, initiative d'Educa-Santé, sont appliquées par le KVIP (coordinateur en

où les parents auraient une surveillance constante de l'enfant grâce à un aménagement du mobilier et de l'habitat. Il convient aussi dans ce cas de suggérer de rehausser certaines fenêtres, d'éviter que les radiateurs placés en général sous les fenêtres deviennent des aides pour monter, d'éviter les balcons complètement fermés, qui obligent l'enfant en quête d'informations sur son environnement à l'escalader et à risquer la chute.

Analyse des accidents domestiques en fonction du déficit culturel

Culture d'Infaillibilité:

«Ça fait bien cent fois que je monte sur cette chaise pour nettoyer le lustre sans tomber.»

Culture du simplisme:

«Si, pour bricoler, il faut encore mettre des gants et des lunettes... je préfère arrêter.»

Culture de la non-communication:

«Mon mari ne m'avait pas dit qu'il sortait et que notre enfant jouait sur le balcon...»

Culture nombriliste:

«Je suis encore le maître chez moi.»

Analyse des accidents domestiques en fonction du déficit managérial

Absence de retour d'expérience:

«La télé marchait mal depuis un mois, mais de là à penser qu'elle voulait imposer...»

«Les voisins parlaient bien d'une odeur de gaz...»

Pas de formation cindynique:

«Je ne savais pas comment faire la respiration artificielle.»

Absence de gestion de crise:

«On ne savait pas qui appeler: le SAMU, les Pompiers, Police-Secours, notre médecin...»

PERSPECTIVES

Les approches présentées sont convaincantes quant à la nécessité et l'urgence d'inscrire les actions de prévention des accidents et des traumatismes dans une démarche globale de promotion de la sécurité et de la santé en vue d'améliorer le bien-être de la population. Il s'agira de prendre en compte tous les facteurs qui le mettent en péril y compris la violence, la négligence, l'exclusion; bref, d'être plus proche des préoccupations de la population et de chercher et mettre en oeuvre des réponses mieux adaptées qui produiront des effets dans la durée. Priorité devra être donnée à la recherche et la formation dont l'objet pourrait être cette définition de la sécurité issue d'une réflexion de nos collègues de la Santé publique du Québec: "La sécurité est un prérequis au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

C'est un état ou une situation dépourvue de menaces d'ordre matériel ou moral qui contribue à une perception d'être à l'abri du danger.

L'atteinte d'un niveau de sécurité optimal pour un individu ou pour une communauté suppose la présence de quatre conditions et l'assurance que tout est mis en oeuvre pour les atteindre ou les maintenir :

- la satisfaction des besoins primaires;
 - un climat social de paix;
 - le contrôle des dangers bio-physico-chimiques;
 - le respect et la protection de l'intégrité physique et morale des personnes.
- Ces conditions peuvent être garanties par des actions sur :*
- l'environnement (physique, social, technologique, politique, économique, organisationnel, etc.);
 - les comportements ".

POUR EN SAVOIR PLUS

Tous ces documents sont disponibles chez EDUCA SANTE.

Les documents précédés de * sont présents dans chacune des CLC (voir RAS n°2 et 3).

- ✓ * Accidents domestiques, le Réseau Actions Sécurité s'étend en Communauté française, Education Santé, Bruxelles, 1992, 47 pages.
- ✓ * BAUDIER F., Education pour la santé, guide pratique, CDES, Besançon, 1987, 178 pages.
- ✓ BEAULNE G., Les traumatismes, Comprendre pour prévenir, Les publications du Québec, Québec, 1991, 372 pages.
- ✓ * CFES, La Santé en Action, Connaître la population dans son environnement, les services et les structures à l'échelon local, choisir les priorités dans une action de santé, définir les objectifs dans une action de santé, Paris, 1987, 112 pages.
- ✓ CHAUD P., DAVAL B., LANG A., LEPOAC M., LEPETRE F., MISSE C., MOINEAU H., sous la direction de Lemonnier V., Palicot A.M., Séminaire interprofessionnel 1994: Analyse comparée des politiques de prévention des traumatismes accidentels chez les enfants et jeunes adultes dans plusieurs pays francophones. Rennes, Ecole nationale de la santé publique, 1994, 21 pages.
- ✓ DAMESTOY N., BAUDIER F., MAURICE P., La prévention des accidents. Des approches complémentaires dans les pays francophones, Actualité et dossier en Santé publique, n°12, Paris, 1995, pp.8-10.
- ✓ HERIARD-DUBREUIL G., Action distribuée et risque, in Groupe épistémologique des cindyniques. La fonction sociale de la confiance, Action collective et délégation de responsabilité face au risque, synthèse des travaux, Institut Européen des Cindyniques, Paris, 1994, 11 pages.
- ✓ KERVEN G.Y., Pèlerinage aux sources

théoriques des Community Safety Program C.S.P., OMS, IEC, Paris, 1993, 30 pages.

- ✓ KERVEN G.Y., RUBISE P., L'Archipel du danger, Introduction aux cindyniques, Economica, Paris, 1991, 444 pages.
- ✓ * MARTIN C. et all., L'intervention éducative pour la promotion de la santé au travail, Santé Société, Collection Promotion de la Santé, Québec, 1988, 48 pages.
- ✓ * MARTIN C. et all., La promotion de la santé: les acteurs en promotion de la santé, Concertation et action intersectorielle, Santé Société, Collection Promotion de la santé, Québec, 1988, 61 pages.
- ✓ * MARTIN C. et all., La promotion de la santé: concepts et stratégies d'action, Santé Société, Collection Promotion de la santé, Québec, 1988, 56 pages.
- ✓ * MARTIN C. et all., La promotion de la santé: une perspective, une pratique, Santé Société, Collection Promotion de la santé, Québec, 1988, 32 pages.
- ✓ MAURICE P., pour le Ministère de la Santé et des Services sociaux et le réseau de la santé publique du Québec, De la prévention des traumatismes à la promotion d'environnements et de comportements sécuritaires, Fondements de l'approche au Québec, Paris, Octobre 1994, 5 pages.
- ✓ * OMS, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Ottawa, 1986, 5 pages.
- ✓ * OMS, Promotion de la santé sur base de discussion sur le concept et les principes, Copenhague, 1984, 8 pages.
- ✓ QUELLET F., PAIEMENT M., TREMBLAY P. H., L'action intersectorielle, un jeu d'équipe. Guide d'intervention, Direction de la Santé publique de Montréal, CECOM, Québec, 1995, 73 pages.
- ✓ * La promotion de la santé en Communauté française de Belgique: Pour quoi? Par qui? Et pour qui?, L'Observatoire, Liège, 1994, 3, 79 pages.
- ✓ ROMER C., Traumatismes et violence: de la fatalité à la santé. Séminaire interrégional sur les méthodes de planification des programmes de sécurité communautaire, OMS, Toulouse, 1993, 41 pages.
- ✓ ROUCLOUX A., BANTUELLE M., BLAMPAIN V., Elaboration et implantation d'un programme de promotion de la sécurité en Province de Namur, I.P.H.S., service promotion de la santé, Namur, 1995.
- ✓ Séminaire international sur les Politiques, Stratégies et Structures nationales de Promotion de la Santé, Promotion et Education, vol.2, 1995/2,3, Paris, 1995, 108 pages.
- ✓ VANDOORNE C. et all, Evaluation de la participation des relais de la communauté locale, R.A.S., coll. évaluer, Charleroi, 1991, 20 pages.
- ✓ VANDOORNE C. et all, Expériences et représentations de l'accident et de la prévention, R.A.S., coll. évaluer, Charleroi, 1991, 20 pages.

DOSSIER

La prévention des accidents occupe aujourd'hui une place importante sinon prioritaire dans le champ de la santé publique en Communauté française de Belgique, en France, au Québec et en Suisse (particulièrement dans les cantons romans et au Tessin). Trois approches émergent avec chacune sa spécificité et ses lacunes: l'approche de prévention des blessures, celle de promotion de la sécurité et les cindyniques.

TRAUMATISMES, ACCIDENTS, DANGER

Dans notre pays, comme en France et en Suisse, les intervenants en Santé publique et en promotion de la sécurité utilisent le terme «accident» qui signifie l'événement qui survient de manière involontaire (par exemple, une chute), qu'il cause ou non une blessure, une lésion (par exemple, une fracture). Le terme accident s'étend également aux conséquences de l'événement, qu'elles soient physiques ou psychiques; c'est aussi bien la fracture du col fémur que le sentiment de peur de chuter à nouveau.

Au Québec, on hésite à utiliser le terme accident en raison de la notion de fatalité qui lui est associée. C'est le terme de «traumatisme» qui lui est préféré. Le mot traumatisme est la traduction du mot anglais «injury», qui se traduit aussi de manière approximative par le mot blessure. La définition largement acceptée d'un traumatisme est celle d'un **dommage corporel résultant d'un transfert d'énergie subit dépassant la capacité du corps humain d'y résister ou de s'y adapter.** Ce transfert d'énergie peut tout aussi bien être intentionnel (suicides, homicides) que non-intentionnel. L'absence soudaine d'énergie peut aussi être à l'origine d'un traumatisme, comme dans le cas de la noyade, de la strangulation ou de l'asphyxie. C'est pourquoi l'approche québécoise est une approche de prévention des blessures.

S'est développée aussi une science du «danger», concept théorique développé par les cindyniques. Ce concept se fonde sur la notion de risque et sur l'analyse des systèmes qui permettent de gérer ces risques. Ce concept a été initialement appliqué à la gestion des risques nucléaires.

LES APPROCHES... EN RÉSUMÉ

Ces définitions nous renvoient à des cadres théoriques dont émergent des stratégies d'intervention qui sont utilisées par les

LES APPROCHES COMPLÉMENTAIRES EN PRÉVENTION DES ACCIDENTS

intervenants, sur le terrain.

1. La prévention des blessures

Cette approche est centrée sur les groupes à risque et utilise des méthodes de prévention actives et passives.

-Les mesures passives sont celles qui ne nécessitent pas d'intervention particulière de la part des individus dans le but d'assurer leur protection. Elles ne nécessitent pas de modification de comportement (exemple: le différentiel et le disjoncteur).

-Les mesures actives nécessitent une attention et un effort continu de la personne pour atteindre l'effet escompté. Elles supposent une modification du comportement (exemple: le rangement des médicaments hors de portée des enfants).

Cette approche est basée sur le modèle développé par HADDON (ingénieur, médecin et épidémiologiste), qui décrit dix stratégies pour la prévention et le contrôle des blessures.

HADDON a identifié le facteur commun responsable de toutes les formes de traumatismes comme étant l'énergie sous forme mécanique, thermique, chimique, électrique ou encore de radiations.

Il s'agit plus précisément d'un transfert d'énergie subit dépassant la capacité du corps humain d'y résister ou de s'y adapter.

Il est à noter que l'absence soudaine d'une source d'énergie vitale peut aussi être à l'origine d'un traumatisme, comme dans les cas de noyade, de strangulation, d'asphyxie par aspiration d'un corps étranger. Cette énergie est transmise au corps humain (hôte) par un agent agresseur (par exemple un véhicule), vecteur de l'énergie dans un environnement physique et social particulier. On distingue donc trois moments qui correspondent à des stratégies spécifiques et qui sont le pré-impact (avant l'événement), l'impact (pendant l'événement) et le post-impact (après l'événement). Celles-ci interviennent lors de trois moments (avant, pendant et après l'événement) sur chacun des déterminants identifiés (l'hôte, le vecteur de l'énergie, l'environnement physique et social).

Cette approche cible, plus particulièrement, le maillon le plus faible de la chaîne des causes. Elle se fonde sur le constat que les interventions les plus efficaces ne sont pas toujours celles qui ciblent le facteur

contributif le plus important. Et, bien que le comportement humain contribue souvent à la genèse des traumatismes, on considère que les solutions les plus efficaces seront plutôt liées à une modification de l'environnement ou à une amélioration technologique.

Quatre principes de base guident le choix des interventions:

1. l'utilisation d'approches mixtes touchant plusieurs déterminants ou plusieurs stades dans chaque moment. En effet, il y a rarement une cause unique à un même problème; il est fait appel à des compétences extérieures au domaine de la santé.
2. le choix prioritaire d'interventions et de mesures reconnues pour leur efficacité;
3. l'utilisation privilégiée de mesures passives car elles contournent la défaillance humaine;
4. le choix des interventions à implanter en fonction des analyses coût-efficacité. Par exemple, en utilisant les mêmes ressources de façon différente on pourra peut-être sauver plusieurs vies plutôt qu'une seule.

2. La promotion de la sécurité

La promotion de la sécurité est une application du processus de la promotion de la santé à la sécurité.

Cette approche vise à «rendre l'individu et la collectivité capables d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de la santé». Elle implique toute la population et non seulement les groupes à risque d'accidents.

Elle combine cinq stratégies de promotion de la santé qui ont été décrites dans la Charte d'Ottawa:

- favoriser le renforcement du potentiel des personnes en maximisant l'acquisition d'aptitudes individuelles;
 - concevoir des milieux favorables en soutenant les milieux de vie et en créant des environnements sains;
 - renforcer l'action communautaire;
 - élaborer une politique publique saine et harmoniser les politiques et les actions en faveur de la santé (ici de la sécurité) et du bien-être;
 - réorienter les services de santé vers les solutions les plus efficaces (en mettant l'accent sur la prévention).
- Ces stratégies font appel à l'éducation pour la santé, l'action communautaire, la

communication et l'action politique.

3. Les cindyniques

L'approche cindynique se fonde sur un cadre théorique qui fait référence à l'analyse et à la gestion des risques. Elle utilise un modèle mathématique de probabilité et de gravité des événements et les principes de l'analyse systémique appliquée à la société.

On différencie les événements appelés «méga-cindyniques» c'est-à-dire les catastrophes technologiques ou naturelles des événements «micro-cindyniques» comme les accidents de la route, du travail ou domestiques.

La construction d'un système cindynique fait appel à 5 espaces qui s'additionnent.

Deux espaces permettent de mesurer le danger: celui qui réfère aux connaissances et aux modèles, celui qui contient les données quantitatives.

Deux espaces décrivent les valeurs d'une société ou d'un groupe, ses règles et ses codes: en effet, ceux-ci déterminent qui est exposé au danger et ce qui peut être source de danger.

Un espace sert de pont entre les deux fonctions en exposant les objectifs généraux et les finalités dans le temps et dans l'espace.

Pour rendre compte des conditions dans lesquelles prend naissance le danger et les gérer, il est nécessaire de chercher à connaître, pour une problématique donnée, ce qui est présent dans ces 5 espaces constitutifs du système.

L'analyse de l'origine des accidents s'effectue au travers des déficits constatés dans l'organisation du système.

Ces déficits sont de trois ordres: culturel, organisationnel ou managériaux.

Les déficits culturels:

- l'impression d'infailibilité;
- le simplisme;
- la non-communication au sein des lieux de vie;
- le nombrilisme, qui empêche d'étendre la connaissance du problème.

Les déficits organisationnels:

- la subordination des fonctions de gestion du risque aux fonctions de production ou à d'autres fonctions de gestion créatrices de risques;
- la dilution des responsabilités: non-explicitation des tâches de gestion des risques, non-affectation des tâches à des responsables désignés.

Les déficits managériaux:

- l'absence d'un système de retour d'expérience;
- l'absence d'une méthode cindynique

dans l'organisation;

- l'absence d'un programme de formation aux cindyniques adapté à chaque catégorie de personnel;
- l'absence de planification des situations de crise.

LES POINTS COMMUNS

A l'analyse des trois approches, des éléments communs émergent.

Ils revêtent ainsi une importance toute particulière pour les politiques et les actions de prévention.

- **Le potentiel de prévention:** les accidents et les traumatismes ne relèvent en rien de la fatalité. Il est possible de diminuer la mortalité et la morbidité dues aux accidents par une approche préventive.

- **Le concept de «l'événement»:** au-delà de la blessure, on s'intéresse aux circonstances de l'événement ayant provoqué les lésions. Aussi, l'analyse des «quasi-accidents», ces incidents ne provoquant pas de blessures mais ayant pu causer des dommages, est intéressante afin d'étudier les facteurs de risque et de protection entourant l'avènement d'une blessure.

- **Les origines multifactorielles de l'événement:** les trois approches mettent en évidence les facteurs susceptibles d'être en cause dans l'origine de l'événement. Elles distinguent les facteurs liés à la victime, à l'environnement physique et social et à l'agent agresseur.

- **L'approche intersectorielle:** les interventions s'inscrivent dans un contexte intersectoriel qui mobilise, dans une démarche commune, des partenaires de milieux et de compétences différentes et complémentaires.

- **La légitimité épidémiologique:** les interventions issues de l'application des cadres théoriques des trois approches se basent sur la connaissance de l'épidémiologie et sur l'analyse des causes et des circonstances de l'accident.

- **La planification des actions:** selon la définition des priorités et des objectifs, des stratégies spécifiques sont déterminées. L'évaluation des processus et des résultats permet de réguler les interventions et d'améliorer leur efficacité.

L'APPLICATION DES APPROCHES : TROIS EXEMPLES

Chaque approche se traduit en un ensemble de stratégies préventives qui sont plus ou moins mises en avant selon les pays. Dans nos régions, les interventions d'éducation pour la santé ont été fortement développées, dans le souci de modifier les connaissances et les comportements des groupes à risque. L'évaluation d'un coffret pédagogique du Comité Français d'Education pour la Santé a prouvé son efficacité auprès des enfants, de leurs parents et de leurs enseignants.

Plus récemment, les interventions d'éducation pour la santé se sont inscrites dans des démarches de promotion de la santé appliquée à la sécurité. Sont développées prioritairement des stratégies de mobilisation communautaire pour enraceriner les interventions dans la population. Les sites pilotes du programme initié en France par la CNAM et le CFES et notre Réseau Actions Sécurité se situent bien dans cette nouvelle approche.

Au Québec, les interventions de lobbying se sont multipliées pour influencer les décideurs à adopter des politiques publiques saines, notamment celles qui visent la modification des standards de sécurité des produits et de l'environnement physique. Ce type de démarche suppose une planification rigoureuse où tout est mis au service des objectifs.

L'approche cindynique, initialement développée dans l'industrie, trouve des applications entre autres dans la gestion des violences familiales, où l'analyse systémique est utilisée habituellement; de même, dans la gestion des risques chez les personnes âgées par la préservation de l'autonomie, et chez les jeunes adultes.

Si la prévention des blessures dit ce qu'il faut faire, la promotion de la sécurité dit comment il faut faire et l'approche cindynique dit si et quand il faut le faire.

Exemple I. Le contrôle des traumatismes chez les cyclistes

Le cadre conceptuel contenu dans la grille de Haddon permet de répertorier et planifier l'ensemble des interventions en vue de contrôler le plus complètement possible une problématique donnée, (voir grille page suivante).

L'avantage de la matrice de Haddon est qu'elle permet d'aborder les différentes dimensions d'une même problématique. Que l'on soit décideur politique, enseignant ou parent, cette grille sera similaire pour tous. La différence apparaîtra dans son utilisation, c'est-à-dire dans le choix de l'intervention. L'homme politique interviendra plutôt au niveau des réglementations ou de l'entretien des routes, l'enseignant au niveau de l'apprentissage de la sécurité routière et les parents pour leurs enfants dans l'acquisition de vêtements sécuritaires et dans le choix d'un vélo conforme aux normes de sécurité.

Exemple II. La promotion de la sécurité : élaboration et implantation locale d'un programme de promotion de la sécurité à Belgrade (province de Namur).

L'objectif de la démarche était de favoriser la mise en place d'une dynamique de prévention des traumatismes en mobilisant les familles et les professionnels de la santé et autres autour de cette problématique. Aller vers les familles, les sensibiliser à la prévention des accidents domestiques, changer les mentalités; l'accident n'est pas une fatalité, il peut être prévenu. La collectivité s'est mobilisée avec l'aide des

	Humain	Agent agresseur (Bicyclette)	Environnement physique	Environnement socio-économique
AVANT	<ul style="list-style-type: none">- Bon apprentissage de la conduite- Emission d'un brevet à la suite d'un test de connaissances, d'aptitude et de conformité du vélo- Respect des règlements- Vêtements réfléchissants	<ul style="list-style-type: none">- Entretien mécanique- Visibilité: réflecteur, phares, fanion latéral- Achat d'une bicyclette adéquate- Amélioration de la maniabilité des bicyclettes- Arrêt de la production de bicyclettes- Amélioration de la capacité d'absorption	<ul style="list-style-type: none">- Elimination des objets dangereux- Pistes cyclables- Accotements pavés- Entretien des routes- Trajets sécuritaires pour cyclistes- Feux de circulation pour cyclistes- Limitation de l'accès à certaines routes- Dos d'âne (sorties privées et stop)- Chlens en laisse- Possibilité d'utiliser les transports en commun- Trajets sécuritaires	<ul style="list-style-type: none">- Emission de normes pour garantir l'efficacité des casques protecteurs- Acceptation des normes de conception des routes pour obliger à l'aménagement d'un accotement pavé d'au moins 1.20 m de largeur- Réduction des limites de vitesse sur les routes rurales
PENDANT	<ul style="list-style-type: none">- Port du casque protecteur- Vêtements protecteurs (gants, genouillères)	<ul style="list-style-type: none">- Application de matériel mou sur les parties coupantes de la bicyclette	<ul style="list-style-type: none">- Barrières de sécurité	<ul style="list-style-type: none">- Obligation pour les fabricants de fournir des bicyclettes conformes aux normes de visibilité
APRES	<ul style="list-style-type: none">- Caractéristiques individuelles (âge)- Gravité des traumatismes		<ul style="list-style-type: none">- Secours d'urgence- Téléphone d'urgence- Centres de traumatologie	<ul style="list-style-type: none">- Contrôle de la qualité et de la quantité des soins offerts- Prévision de la réinsertion sociale des accidentés

enseignants de l'école de Belgrade, du service des gardiennes encadrées, de l'ONE locale, des pompiers, de la Ligue des Familles, de médecins généralistes, du soutien de conseillers communaux... Ceci afin de permettre une approche multi-sectorielle et pluridisciplinaire.

Le soutien de la population et l'accès aux familles a pu se faire grâce à leur participation à la réalisation d'une grille d'analyse «Interview semi-dirigée» dont le but était de permettre la collecte des informations sur le contexte et sur la prévalence des accidents domestiques à Belgrade.

L'aspect communautaire était d'autant plus accentué que ce sont des parents qui sont eux-mêmes allés à la rencontre des familles pour recueillir les informations nécessaires (voir les Lettres du RAS n°1 et 2). La prédominance de la problématique des accidents domestiques à Belgrade a pu être démontrée, puisque sur une période de six mois, un enfant sur quatre en moyenne a reçu des soins médicaux pour cause d'accident.

Les types d'accidents et de facteurs de risques relevés à l'occasion de cette enquête respectent les grandes tendances habituellement présentes dans les études épidémiologiques ou étiologiques. Ces résultats rappellent combien la famille reste le milieu de vie le plus souvent impliqué dans les accidents «domestiques» alors que l'anxiété des parents se focalise souvent sur les dangers des activités «encadrées» pratiquées par les enfants en-dehors de la sphère familiale.

Le projet réalisé nous apporte des éléments utiles à plus d'un titre. Il nous montre l'intérêt de mener une approche communautaire de la promotion de la sécurité dans les familles.

Celle-ci a permis l'éclosion d'une dynamique adaptée à l'entité de Belgrade et dont les

résultats sont perçus par la population en terme de:

- création d'un groupe de pilotage
- réunions et synergies entre quartiers
- activités récréatives pour les familles et leurs enfants
- sensibilisation dans les écoles
- sensibilisation des gardiennes d'enfants.

La formation de personnes ressources et la recherche de nouveaux relais contribuent à maintenir l'enthousiasme et la motivation des partenaires et à perpétuer l'expérience à d'autres endroits.

La communication a été assurée par l'intermédiaire des journaux locaux ou dans des revues spécifiques (exemple, journal local de la Ligue des Familles). De plus, le projet bénéficie de l'impact médiatique du Réseau Actions Sécurité et de ses publications.

Les élus locaux ont été contactés et interpellés à propos de l'entretien de la plaine de jeux (mesures de sécurité à respecter) et de la sécurité routière dans l'entité (installation de casse-vitesses et de ronds-points). Ils ont été invités à participer aux réunions du groupe de pilotage.

Les données recueillies par l'analyse de la situation au sein des familles seront aussi utiles pour l'élaboration d'un programme d'éducation pour la santé qui portera essentiellement sur le changement des mentalités et des représentations de l'accident auprès des adultes.

Une information précise sur les circonstances, le lieu, le moment dans lesquels survient l'accident, ainsi que sur la fréquence, sont autant d'éléments qui contribuent à lever les méconnaissances ou les fausses croyances et à rendre les parents plus efficaces en matière de prévention.

Exemple III. Les «cindyniques»: science du danger

Analyse de la prévention des chutes en fonction du déficit organisationnel

La prévention des chutes dans la maison concerne surtout les jeunes enfants et les personnes âgées. Pour les bébés, les articles utilisés en puériculture doivent présenter de meilleures normes de sécurité, en particulier pour éviter les chutes. Prévoir des attaches spéciales pour les tables à langer, des ceintures ou baudriers pour les chaises hautes, c'est bien, et un certain nombre de constructeurs font un effort dans ce sens; mais encore faut-il qu'en aval, les parents respectent les consignes. En ce qui concerne les autres chutes dans la maison, nous avons pu constater que l'escalier est responsable d'une grande partie de ce type d'accidents. Faut-il, au nom d'une prévention débridée, le supprimer et s'obliger à ne construire que des maisons sans étages? C'est sans doute aller un peu loin, le type d'escalier -forme, largeur, hauteur des marches...-, ainsi que son revêtement parquet ciré, linoléum, marbre lisse, moquette, tapis- étant des éléments importants dans l'appréciation de ce risque.

A ces éléments on peut ajouter comme risque de chute, l'absence de rampe pour les escaliers extérieurs ou ceux menant à un sous-sol ou à la cave. Un mauvais éclairage des marches ou une mauvaise vision -port ou non port de lunettes adaptées pour les personnes âgées-.

Ceci étant dit, on pourra, tout de même, conseiller aux personnes âgées plus très sûres de leurs réflexes de choisir une maison sans étage, une notion déjà intégrée dans la construction de nombreuses maisons de retraite.

Dans cet exemple, on constate que l'approche cindynique nous amène à considérer la prévention des chutes non seulement au niveau de la personne et de son environnement mais surtout sous l'angle des concepteurs de maisons, et plus particulièrement des architectes.

Dans le cas de la prévention de la défenestration, on pourrait concevoir une maison