

Education sexuelle et affective - Handicap mental Namur

5 juillet 1995

Depuis quelques années, les praticiens travaillant avec des personnes déficientes intellectuelles ont pris conscience de l'existence d'une vie affective et sexuelle chez les personnes handicapées mentales, et de l'importance de mener une intervention éducative dans ce domaine, au même titre que dans les autres sphères de la vie quotidienne.

Actuellement, la problématique de l'abus sexuel émerge de plus en plus comme une réalité: les praticiens sont confrontés à des comportements de harcèlement sexuel, de transgression des limites, d'abus sexuel, dont la personne handicapée mentale peut être selon le cas victime ou auteur.

Une journée d'étude «Déficience mentale et abus sexuel» est organisée le mercredi 5 juillet 1995 par le Département de Psychologie de la Faculté de Médecine (FUNDP - Namur), en collaboration avec Handicap et Santé, SOS-Parénfants, la Commission Locale de Coordination de Namur, la Délégation régionale de l'AIRHM.

Ces situations posent des questions importantes concernant la responsabilité, le consentement, le niveau d'information des personnes handicapées. Le problème de l'intervention, éducative, thérapeutique ou judiciaire, se pose également.

La présentation d'expériences et de recherches menées dans différents lieux d'intervention à travers le monde devrait permettre aux participants de clarifier certains aspects de cette problématique complexe.

La journée d'étude s'adresse à toute personne concernée par le handicap mental, l'abus sexuel, l'éducation affective et sexuelle.

Un panel d'intervenants de haut niveau est prévu: Dr M.L. Chasseur, Dr A. Craft (Nottingham), C. Jourdan-Ionescu (Québec), C. Noyer (Fribourg), M. Preumont (ULB), Dr Salbreux (Paris), H. Seppala (Helsinki).

Dans le cadre de cette journée, une exposition est également organisée, sur le thème de l'éducation affective et sexuelle orientée vers tous les publics cibles (non handicapés et handicapés).

Outils et médias éducatifs, programmes de formation et d'information, expériences individuelles et collectives pourront être présentés. Toute personne désireuse de présenter du matériel ou une action originale est invitée à se proposer comme exposant à cette manifestation.

Renseignements: Département de Psychologie, Faculté de Médecine, Facultés Universitaires Notre-Dame de la Paix, rue de Bruxelles 61, 5000 Namur, tél. 081/72.44.30, fax 081/72.44.31.

Formation

L'Association des Praticiens en Psychologie Appliquée édite un dossier consacré aux formations complémentaires pour psychologues, pédagogues, travailleurs sociaux, éducateurs, enseignants,...

Les formations décrites sont consacrées notamment au secteur santé: thérapie familiale, psychothérapie, psychanalyse, somatothérapie, sexologie, consultation conjugale, sophrologie, gestalt, psycho-oncologie, éducation pour la santé, prévention du sida et des drogues, formation à l'écoute relationnelle, formation d'adultes-relais dans l'école,...

Ce dossier est disponible en versant 250 francs (frais de port compris) au compte 001-2034888-01 de l'A.P.P.A., rue Henri Marichal 17, 1050 Bruxelles (indiquez «Dossier 95»).

Renseignements: 064/54.83.39.

Echanges

Une école de nursing roumaine (14 à 18 ans, 800 élèves, 47 professeurs) souhaiterait être jumelée avec une école de la Communauté française, sur base d'un intérêt commun pour la promotion de la santé. Les échanges pourront se faire en langue française. Contacts: Monsieur Victor Mathe, Ecole de nursing «Gh. Marinescu», rue Gh. Marinescu 15, Tirgu Mures, Roumanie.

Par ailleurs, la Commission des Communautés Européennes encourage les échanges entre les écoles secondaires des pays de l'Union Européenne. Des financements sont possibles sur base de programmes.

Pour ces deux informations, renseignements auprès de Jean-Luc Noël, Direction Générale de la Santé de la Communauté française, 02/413.26.23.

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, documentation, abonnements: Maryse Van Audenhaege.

Comité de rédaction: Pierre Anselme, Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Christian De Bock, Alain Deccache, Michel Demart, Anne Fenaux, Jacques Henkinbrant, Geneviève Houxioux, 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: 1.900 exemplaires.

Diffusion: 1.600 exemplaires.

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



ISSN: 0776 - 2623.

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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

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

Education SANTÉ

Réflexions

Autonomie et prévention par Patrick Trefois p. 2

Initiatives

Approche d'un quartier: Drogues en Zone d'Action Prioritaire p. 4

Que pensez-vous d'Education Santé? p. 6

Les Voyages du Réseau Européen d'Ecoles en Santé par Etienne Micha, André Lufin et Chantal Nadin p. 9

Promouvoir la santé à l'école primaire par Karine De Jonghe et Veronique Janzyk p. 11

La sécurité dans notre école p. 15.

Entraide

Le self-help à Bruxelles par Gaëtan Bradfer p. 21

Les fiches du self-help p. 23

Vu pour vous

Le 5^e Festival International du Film Médical et de Santé de Mauriac par Eric Vandersteenen p. 25

**Notre supplément :
La santé...
à bonne école n° 3**



Question Santé - photo A. Mayré

**Prévention
des accidents domestiques p. 12**



Autonomie et prévention

La prévention médicale comporte le risque majeur de réduire l'être humain à une machine cybernétique. Elle représente alors une menace pour la liberté des personnes. Par ailleurs, certains individus pratiquent des comportements à risque afin d'amoindrir leur anxiété face à la vie. Même si cette attitude semble s'opposer au bien commun, l'instance politique d'une société démocratique n'est en aucune façon habilitée à dicter la manière dont chacun devrait faire face à l'inévitable angoisse liée à l'existence humaine.

Partant de cette considération fondamentale qui nous plonge d'emblée en plein débat sur l'éthique de la prévention, Jean-François Malherbe nous livre un ouvrage fort intéressant, de lecture parfois ardue, difficile à résumer. La densité même du développement de sa pensée nécessite une lecture attentive de chacune des parties, en sachant que l'auteur est docteur en philosophie et en théologie, que certaines de ses réflexions sont logiquement sous-tendues par ses convictions et que tous les lecteurs ne s'y retrouveront sans doute pas...

On ne peut qu'inviter les éducateurs pour la santé à parcourir cet ouvrage et à s'arrêter de-ci de-là à des aspects plus propres à nourrir leur réflexion par rapport à leur pratique quotidienne. Je me contenterai d'épingler quelques passages qui m'ont plus particulièrement intéressés. Ce choix est arbitraire et chaque lecteur trouvera matière à sa propre réflexion.

Antagonismes entre les modèles biomédical et culturel de la maladie

L'auteur évoque les principaux modèles de la maladie actifs dans notre culture. Il se réfère particulièrement aux quatre principaux modèles analysés par François Laplantine.

Le modèle biomédical, poussé à l'excès, implique que la maladie est totalement distincte du sujet.

Le modèle homéopathique, qui considère chaque cas comme unique, se distingue de l'allopathie par plusieurs traits: il interprète la maladie de façon bénéfique plutôt que maléfique, la maladie étant considérée comme un langage du corps à décrypter. D'autre part, il interprète le processus de guérison de façon accompagnante, la thérapie consistant à soutenir les défenses naturelles.

Le troisième modèle, modèle psychanalytique, recherche l'intelligibilité cachée de la maladie et considère que la santé et la maladie ne sont pas deux états qualitativement distincts. Dans ce modèle, il n'existe que des cas individuels dont la solution est à trouver dans une relation interindividuelle. Il est tenu compte de la signification et du bénéfice des symptômes.

"C'est une ennuyeuse maladie que de conserver sa santé par un trop grand régime" (La Rochefoucauld)

Enfin le modèle littéraire - apparenté au modèle psychanalytique - tourne résolument le dos au discours convenu. Je cite Laplantine: «Si nous considérons le champ romanesque du 20^e siècle dans sa totalité, il apparaît que la représentation qui fait de la maladie un événement bénéfique ou du moins signifiant est infiniment plus répandue dans la littérature que dans la société.

De nombreux écrivains ont interprété la maladie comme venant de l'extérieur, comme le résultat d'une frustration relationnelle, d'un manque affectif profond».

Laplantine, toujours, signale: «Notre culture nous apprend à vivre la maladie comme un non-sens radical (l'absurdité, le hasard) qui ne révèle rien et que rien ne peut justifier. Dans un univers où les valeurs s'effritent, la culture médicale tient à donner un sens, celui qui consiste à vivre utopiquement pour éviter absolument la maladie, retarder l'heure de la mort, voire faire en sorte qu'elle n'advienne pas. Bref, conserver à tout prix le plus pré-

cieux de tous les biens: la santé». Et Laplantine de préciser «Nous sommes la seule société dans laquelle la culture médicale (...) est en train de devenir la culture tout court».

A la question de savoir si l'interprétation de la maladie en terme de bénéfice ou riche d'un sens profond reste compatible avec l'idée même de maladie propre à notre culture, Jean-François Malherbe répond par la négative et souligne le refus de la souffrance qui caractérise la médecine scientifique.

L'échec de la médecine scientifique.

L'auteur aborde aussi les limites de la prévention.

«Le discours médical relatif au tabac, à l'alcool et au sida repose sur la possibilité de la prévention qui fait elle-même appel à la rationalité des citoyens. Mais dans la réalité ce type de prévention semble ne pas fonctionner si facilement».

Et l'auteur s'attache plus particulièrement au jeu du fumeur, à l'épidémie du sida et à l'alcoolisme. Ces chapitres apportent peu de nouveaux éléments à des éducateurs pour la santé attentifs à ne pas faire le bien de leurs contemporains contre leur gré, à ne pas tomber dans le piège de l'"angélisme exterminateur".

Ces pages illustrent des notions comme la signification du comportement, la place du plaisir, du désir, des pulsions, de la prise de risque... Les professionnels qui travaillent dans le champ de la promotion de la santé sont bien conscients pour la plupart que la santé est un équilibre instable, une adaptation permanente à un environnement. Dans cet environnement, divers comportements, divers produits jouent un rôle. Et le sens et l'efficacité d'un travail de promotion de la santé impliquent de tenir compte des choix et des possibilités de l'individu, donc d'être tolérant et réceptif à la différence.

Prix du public - Michel, le sidéen, hymne à la vie. Une destinée.

Michel, le sidéen, n'est pas une plainte mais un hymne à la vie. Dans son discours, Michel évoque son histoire qui s'enracine très loin. Ce témoignage est pathétique et émouvant. Son écoute ne peut nous laisser insensible.

" Quand on ne peut plus donner de jours à la vie, on peut donner de la vie au jour. " Jean Bernard

Ce film de 26' a été réalisé en 1994 par le Docteur A. Salimpour. Il est produit par le Comité Départemental Alpes Maritimes de la Ligue Nationale contre le Cancer.

Prix de l'Education pour la santé - Il faut parler... savoir

Lorsqu'un de ses proches est gravement malade et soigné pour un cancer, le plus souvent, l'enfant est tenu à l'écart. La maladie n'est pas nommée. Et si nous les écoutons nous dire ce qu'ils savent et expriment dans ses moments-là. « Ce film à regarder ensemble voudrait ouvrir le dialogue entre parents et enfants, soignants et enfants pour qu'ils trouvent ensemble un espace de parole où les mots puissent se dire dans un temps pour les dire ».

Ce film de 16' a été réalisé en 1994 par Nicole Lanory-Dattee et Annie

Gauvain-Piquard. Il est produit par Star Film.

Eric Vandersteenen, Chef de projet, Médiathèque de la Communauté française de Belgique

Pour plus de précisions sur la diffusion et la disponibilité de ces programmes, prendre contact avec la Médiathèque (02/737.18.11 - Eric Vandersteenen). D'autres films seront présentés durant les prochains mois.

(2) Une cassette (cote SW 0597) reprenant une trentaine de courts métrages est disponible dans toutes les médiathèques (02/737.18.11) ou à l'Agence de Prévention du Sida (02/627.75.11).

En direct de la Médiathèque

L'odyssée de l'esprit

La remarquable série pédagogique " L'odyssée de l'esprit " qui vient d'obtenir le prix de la vulgarisation scientifique au 5e Festival International du Film Médical et de Santé de Mauriac se compose de six épisodes de 52'. La série a été réalisée et produite par la R.T.B.F. Charleroi en 1993. Elle est reprise dans la collection Education pour la santé.

Les états du cerveau (SA 2221)

Le cerveau varie au fil de nos humeurs. Veille et sommeil, conscience et inconscience, mode automatique ou contrôlé constituent autant d'états différents du cerveau humain.

Langage et communication (SA 2224)

La communication constitue une des grandes fonctions cognitives du cerveau: elle comprend des aspects verbaux et non verbaux. Elle est génétiquement inscrite dans l'espèce humaine et l'homme ne peut pas se passer de communiquer. A titre d'exemple, la vie du nouveau-né dépend d'emblée de la qualité de la communication avec sa mère.

Ce volet aborde le développement du cerveau durant la grossesse et la petite enfance, les troubles de la communication chez l'adulte (les aphasies, par exemple), les troubles de la lecture et

de l'écriture, l'apprentissage de la communication chez les enfants handicapés (langage des signes, braille, etc.). Des témoignages de spécialistes et des schémas permettent de mieux comprendre le fonctionnement du cerveau.

Les mémoires (SA 2227)

La mémoire ne fonctionne pas comme une entité " une et indivisible ". Il n'y a pas une, mais des mémoires. Outre la mémoire immédiate, à court terme et à long terme, on distingue des mémoires cognitives comme la mémoire sémantique ou la mémoire procédurale. Ces mémoires nous permettent de retenir, sans mêmes nous en apercevoir, le maniement d'appareils les plus compliqués, ou de reconnaître des visages et des voix. Elles peuvent toutes être affectées par diverses maladies.

Le vieillissement (SA 2228)

Dès le premier jour de la vie, les cellules du cerveau se détruisent. Elles sont les seules à ne pas se régénérer. Le vieillissement peut être normal ou accéléré par des facteurs extérieurs ou pathologiques. La démence sénile est le phénomène le plus fréquent du vieillissement anormal du cerveau.

Dans cet épisode, les toutes dernières recherches, notamment en ce qui concerne la maladie d'Alzheimer, sont passées en revue. A l'aube du XXI^e

siècle, il s'agit d'un problème d'autant plus inquiétant qu'on assiste aussi à un vieillissement constant de la population.

L'homme et les machines intelligentes (SA 2229)

Depuis toujours, l'homme fabrique des outils de plus en plus performants. Sur le modèle de leur propre cerveau, les hommes se sont même efforcés de fabriquer des machines intelligentes. Deux voies de recherches ont été suivies: l'une vers les machines dotées de mémoires de plus en plus colossales entraînant la création de systèmes experts (la machine apprend et peut tirer des enseignements de ses propres erreurs); l'autre vers l'intelligence artificielle, c'est-à-dire le développement de réseaux de neurones calqués sur le cerveau humain.

Cet épisode fait le point sur l'état actuel des recherches.

La pensée et l'esprit (SA 2248)

Comment, avec de la matière grise ou, plus simplement, un cerveau constitué de neurones, l'homme fabrique-t-il de l'intelligence, de la pensée, de l'art? Et où situer l'aspiration spirituelle de l'être humain? Comment mettre en parallèle les unités neurophysiologiques et les sciences cognitives?

Cet épisode tente d'apporter un éclaircissement à ces questions capitales. ■

Plusieurs débats, conférences, table ronde ou atelier vidéo se déroulaient en complément: " Modes de vie en milieu citadin ou rural: quelle influence sur la santé ", " La communication en matière d'éducation pour la santé: l'exemple du sida ", " Techniques de réalisation d'un film médical. Applications théoriques et pratiques ", " Le film médical et de santé japonais ".

On le voit, il y en eut donc pour tous les goûts avant la traditionnelle cérémonie de remise de prix qui venait clore chaque journée (1).

Présentation de quelques films primés

Prix spécial du jury - Tu t'souviens

Ce remarquable film danois de 46', réalisé en 1992 par Niels Frandsen, nous présente, avec beaucoup de sensibilité, les histoires de deux hommes victimes de dysfonctions cérébrales contractées sur leur lieu de travail. Le premier, Jorgen, a pendant de nombreuses années collé des tuyaux et nettoyé des plaques de métal avec des colles et des solvants organiques; le second, Flemming, jardinier pendant vingt-trois ans, a pulvérisé des pesticides dans ses serres. Leurs dysfonctions cérébrales les ont obligés à abandonner leur travail.

Ils nous racontent leur vie. Ils nous parlent de leur lutte pour une existence plus digne au sein de leur famille, des conséquences de leurs dysfonctions sur leurs activités quotidiennes. Ils nous disent aussi comment les spécialistes les aident à reprendre goût à la vie.

Admettre que le cerveau ne fonctionne plus comme avant - *et que plus jamais il ne fonctionnera comme avant* - est un processus long et douloureux. Le mal dont on est atteint est un mal insidieux. La mémoire fait de plus en plus défaut, on a de plus en plus de mal à se concentrer. On se fatigue de plus en plus vite. On a souvent envie de dormir mais le sommeil est très lourd. De nombreuses personnes atteintes souffrent de maux de tête et de douleurs dans les articulations. C'est

ainsi toute la personnalité qui finit par être altérée, entraînant solitude, isolation croissante, difficultés familiales et relationnelles.

On ne peut certes pas guérir totalement une dysfonction cérébrale mais, avec l'aide de spécialistes de la rééducation, on peut prendre conscience du mal et tenter de l'accepter. On peut apprendre à maîtriser plus facilement des situations quotidiennes et acquérir le savoir qui permettra de vivre mieux dans cette situation.

Ce film a déjà obtenu précédemment un prix au Festival international Oko-media (Freiburg - Allemagne) en 1993.

Prix de la vulgarisation scientifique - L'odyssée de l'esprit

L'image que l'homme a de lui-même et des autres est celle que lui renvoie son cerveau. Un cerveau humain: neuf mois de gestation, vingt ans d'apprentissage pour penser, communiquer, mémoriser, concevoir et imaginer. L'odyssée d'un organe pas tout à fait comme les autres, qui change d'état au fil de nos humeurs. Les lésions de cet organe entraînent l'effondrement des fonctions nobles, cognitives. Sa destruction signe le deuil de l'identité humaine.

Cette remarquable série pédagogique (six épisodes de 52') a été réalisée et produite par la R.T.B.F. Charleroi en 1993. Elle est reprise dans la collection Education pour la santé. Une présentation complète de la série est proposée dans cette rubrique, sous le titre "En direct de la Médiathèque".

L'odyssée de l'esprit avait déjà obtenu précédemment le prix du public " Spécial Palais de la Découverte " au 9e Festival international du Film scientifique de Palaiseau (1993).

Grand prix du festival - L'homme qui marchait debout

" Par-delà les frontières, au-delà de tous les siècles, l'homme, avant son premier mot, a en lui ce don inné que notre société révèle comme l'acte initiatique et symbolique, le pas. Ce pas fait que l'homme progresse, avance et grandit. Mais la vie offre ce paradoxe

de reprendre soudainement ce qu'elle a si naturellement donné. C'est alors que ce parcours initiatique va revêtir toute sa dimension.

Ce film nous révèle deux êtres, Raphaëlle et Stéphane, qui vont découvrir cet apprentissage laborieux fait d'une alchimie parfaite de haute technologie, d'hommes et de médecins, et de leur incroyable volonté. Individus à part entière, ils signent aussi ce film par leur contribution indispensable, et ce message qu'ils ont voulu transmettre à tous ceux qu'une épreuve peut toucher. La volonté que ceux qui, blessés dans leur chair, sur les champs de bataille ou par fatalité, finissent toujours par trouver. "

Ce sujet est traité avec beaucoup de délicatesse et d'espoir. Un effort tout particulier a été fourni sur le plan formel: le choix d'un format cinéma (35mm format 16/9) renforce encore l'esthétisme de cette réalisation ambitieuse.

Ce film remarquable de 54' a été tourné en 1994 par François Hanss au Centre de Rééducation et d'Appareillage de Valenton (France). Il est produit par Nicolas Mercorelli pour MN Productions.

Prix de la jeunesse - Sois intelligent, dis-le aux autres

Jérôme vient d'apprendre sa séropositivité. A l'annonce de cette nouvelle ses parents le rejettent et l'obligent à quitter le domicile. Son meilleur copain, dont la mère est infirmière, l'héberge. Craignant d'être rejeté par sa petite amie et ses copains, il hésite à dire qu'il est contaminé par le virus du sida.

Cette fiction de 20', réalisée en 1994 par l'Association Jeunes en Mouvements (France) est un excellent exemple d'un outil de sensibilisation et de prévention conçu, élaboré, réalisé et joué par les jeunes eux-mêmes. Ils deviennent ainsi de véritables acteurs de la prévention. A rapprocher des campagnes " Scénarios contre un virus " menées en France et en Belgique en 1994 (2).

(1) Un petit catalogue décrivant tous les films en compétition et le palmarès complet (plus de 30 films primés) sont disponibles sur simple demande à la Médiathèque (02/737.18.11 - Eric Vandersteenen).

Reconnaissons néanmoins que si Jean-François Malherbe tient ce discours, sans doute un peu réducteur et parfois excessivement caricatural par rapport à la prévention, il faut en chercher les raisons dans une application trop souvent simpliste de recettes par notre société soumise à la dictature du 'beau' et du 'naturel'. Ceci est vrai, tant par exemple lors de campagnes visant à combattre un comportement par la peur ou par une promesse illusoire d'adoption facile d'un nouveau comportement, que dans l'utopie de programmes intellectualisés à l'extrême et ne correspondant pas aux demandes des intervenants et du public.

Les perversions de l'éthique

Cette réflexion quant à la promotion de la santé m'amène à mettre en évidence un autre passage du livre de Jean-François Malherbe.

Dans le chapitre «L'éthique ou le chemin de subjectivation», l'auteur évoque les perversions de l'éthique. Elles sont, pour lui, au nombre de trois.

Le situationnisme ou pure morale de situation, consiste à recommander de prendre sa décision en fonction de son désir subjectif tel qu'il se projette dans une situation. (Une telle morale a tendance à hypertrophier les exigences de la liberté au détriment de celle de la solidarité et de la justice. Le risque est que la décision n'ait de sens que pour celui qui l'a prise, mais pas pour les autres. Une forme particulière de situationnisme est le scientisme qui consiste à penser que la connaissance scientifique que l'on peut acquérir fournit à elle seule la clé des décisions morales.

La seconde perversion de l'éthique est le traditionalisme. Il s'agit de chercher dans la tradition des réponses qu'elle ne peut pas nous donner. Outre le problème du choix d'une tradition de référence (laquelle?), l'auteur souligne que les traditions morales héritées du passé ne peuvent pas donner des réponses

adéquates aux questions vraiment nouvelles qui se posent à la société.

Le troisième écueil de l'éthique est le paternalisme.

Héritiers de plusieurs traditions, nous vivons une culture dispersée en de multiples visions du monde et de l'humain, parfois incompatibles et contradictoires. La tentation est grande dans ce contexte de s'en remettre à une autorité jugée incontestable. Le paternalisme peut être une forme du traditionalisme ou du scientisme selon que l'autorité paraît légitimée par la tradition ou par la science. Tant le paternalisme que le traditionalisme reposent sur un argument d'autorité.

Celui-ci n'en est justement pas un, du moins en morale. Si notre société remet largement en question l'autorité de la tradition, il en va tout autrement en ce qui concerne le scientisme. Il s'agit là d'une illusion dont il faut se garder. Et l'auteur insiste sur le fait que les morales paternalistes ne sont pas des morales, parce qu'elles ne reconnaissent pas l'autonomie de l'être humain.

Choisir d'agir de manière éclairée

L'auteur en vient ainsi à proposer une méthodologie du discernement moral. Dans de nombreuses situations, il peut nous arriver de nous sentir coincés sans voir immédiatement ce qu'il faudrait faire... pour faire bien.

Rappelons que méthodologie veut dire «le discours qui accompagne le chemin». La méthodologie indique où sont les voies possibles, mais elle n'indique en aucun cas laquelle prendre. Trois règles évoquées par l'auteur sont la règle de l'adéquation des moyens, la règle du double effet, la règle du moindre mal.

La règle de l'adéquation des moyens signifie qu'il est illogique de poursuivre un but donné en mettant en oeuvre des moyens qui contredisent le but visé. Cette règle n'est pas éclairante dans tous les cas. Souvent les seuls moyens disponibles peuvent être ambigus ou ambivalents, entraîner en même temps et

inévitablement d'autres effets néfastes qu'on tenterait désespérément d'éviter si on le pouvait.

La règle du double effet est destinée à répondre à la question suivante: lorsqu'on n'a aucun moyen purement adéquat pour atteindre son but, mais seulement des moyens ambigus, est-il légitime de recourir à de tels moyens? La réponse de l'auteur est qu'il est légitime de recourir à un moyen ambivalent pourvu que parmi les effets qui découleront de sa mise en oeuvre, ce soient les effets positifs qui soient visés et que ces effets positifs pèsent plus lourds que les effets négatifs. Evidemment la balance sur laquelle peser le poids respectif des bonnes et mauvaises conséquences reste subjective. L'auteur souligne que la première condition du recours légitime à un moyen ambigu est la sincérité, la seconde condition est l'efficacité par rapport au but poursuivi.

La troisième règle, celle du moindre mal, illustre que dans certaines situations, quoi que nous fassions, y compris ne rien faire, nous aboutissons à une catastrophe humaine. Il s'agit d'une impasse morale. Dans ce cas, il n'y a qu'une chose à faire, provoquer délibérément la plus petite catastrophe possible. Ici encore, on peut voir que le philosophe éclairé, dans sa dialectique propre, un débat fréquemment posé en éducation pour la santé: le passage de la réflexion à l'action, la légitimité de l'action, la nécessité d'une forme d'évaluation...

Pour terminer, je mettrai encore en exergue l'analyse du concept d'autonomie que l'auteur décortique et auquel il donne toute sa signification.

En conclusion, «Autonomie et prévention» est une lecture enrichissante pour qui veut prendre du recul par rapport à sa pratique de l'éducation pour la santé; elle nécessite certainement le retour régulier pour nourrir la réflexion.

Patrick Trefois

MALHERBE Jean-François, *Autonomie et prévention*, Artel-Fides, collection Catalyses, 1994, 196 p. ■

Approches d'un quartier

L'Equipe Mobile d'Infor-Drogues en Zone d'Action Prioritaire

La recherche que nous avons menée a représenté, pour nous, une phase nécessaire à la mise en oeuvre d'un travail de prévention des assuétudes dans une zone de la région bruxelloise.

Pour développer un travail de prévention sur le plan local dans une perspective de développement communautaire, il nous est apparu indispensable de prendre la température de ce quartier en allant rencontrer différents types d'acteurs sur le terrain, en récoltant et en analysant différentes données statistiques afin d'avoir une perception plus objective de la situation.

Les commanditaires (Ministère des Affaires sociales et de la Santé de la Communauté française, Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale et Centre pour l'Egalité des Chances et la Lutte contre le Racisme) souhaitent en particulier des informations concrètes sur les comportements des jeunes immigrés face aux substances stupéfiantes et à leurs conséquences sur la population autochtone.

L'aire de travail choisie est constituée par une partie de la Zone d'Action Prioritaire n°5 située à cheval sur les communes de Saint-Gilles et Forest. Il s'agit du périmètre délimité par l'avenue Van Volxem/ Fonsny/ de la porte de Hal/ du Parc/ Wielemans Ceuppens et la chaussée de Waterloo.

Les objectifs

L'étude porte sur la population visée dans ce périmètre et sur les comportements des jeunes immigrés (versus jeunes autochtones) à l'égard des stupéfiants.

Elle doit mettre en évidence, le cas échéant, l'existence d'autres problématiques vécues par les jeunes dans ce périmètre et tenter d'apprécier les difficultés rencontrées par la population adulte de ce territoire à l'égard de leur quartier et de ses jeunes.

La méthodologie

La recherche a été menée selon deux axes, quantitatif et qualitatif.

Les données quantitatives se composent d'une part de données générales sur la population de la zone et d'autre part, de données sur les comportements de la population observée vis-à-vis des stupéfiants. Ces données ont été obtenues à partir de l'analyse de l'activité des agences pénales (gendarmerie, police communale, Parquet,...) et de l'analyse de l'activité des services de soins (pharmacies, médecins généralistes, maisons médicales et centres spécialisés).

La partie qualitative a été élaborée sur base d'interviews auprès des policiers, des pharmaciens, des directeurs d'école, des jeunes et habitants du périmètre observé dans cette étude.

Quelques caractéristiques du quartier

Le périmètre d'étude a une superficie de 1,5 km² (les communes de Saint-Gilles et Forest totalisent une superficie de 9 km²).



Ce quartier présente une densité de population très importante: 20.000 habitants par km². En comparaison, la densité de population des deux communes est de 10.000 habitants par km²; celle de la région bruxelloise est de 5.900 habitants au km².

Sur les 30.128 habitants que compte ce quartier, 61% sont des étrangers (30% de ressortissants UE et 31% de ressortissants non UE). Le pourcentage d'étrangers pour les

communes de Saint-Gilles et Forest est quant à lui de 39%.

La population est jeune: 23% des habitants ont moins de 15 ans; 26% ont entre 15 et 29 ans.

Environ 4.000 personnes bénéficieraient de revenus autres que ceux du travail (sans tenir compte des invalides et prépensionnés) tels que minimex et aides sociales, allocations de chômage.

Quelques caractéristiques des écoles du quartier

Dans l'ensemble, ces écoles semblent:

- délaissées par les enfants issus de familles du périmètre socialement plus favorisées;
- fréquentées par plus d'élèves moins performants venant de l'extérieur du quartier.

Ces phénomènes peuvent s'expliquer par le fait que les écoles du périmètre étudié sont implantées sur une Zone d'Action Prioritaire (ZAP) et sur une Zone d'Education Prioritaire (ZEP).

Cette constatation implique que, si certains établissements scolaires ont tendance à éviter des élèves «problématiques», les écoles du périmètre étudié les acceptent plus volontiers, au risque de devenir des établissements scolaires de «deuxième catégorie».

Par ailleurs, la fréquentation des écoles du périmètre par plus de jeunes «à problèmes» venant d'autres quartiers de la ville implique leur présence à certaines heures dans le périmètre. Celle-ci peut être problématique pour la population locale.

La consommation de drogues

Une mise en garde tout d'abord: ce regard sera partiel car la consommation de produits stupéfiants est une conduite cachée (même si paradoxalement elle est visible dans certains cas). Chaque approche comporte de larges parts d'ombre ce qui rend impossible de pouvoir

5^e Festival International du Film Médical et de Santé

Le Festival International du Film Médical et de Santé de Mauriac (France), manifestation biennale, en était cette année à sa cinquième édition. Il a vu le jour en 1987 à l'initiative d'un groupe de professionnels de santé de la région (en plein coeur de la Haute Auvergne) passionnés d'audiovisuel. Initialement limitée aux films médicaux scientifiques, la programmation du festival s'est élargie dès 1989 au domaine de l'éducation pour la santé. Une troisième journée Santé et environnement s'est ajoutée depuis l'édition de 1993.

Il faut bien reconnaître que l'ampleur et la notoriété du Festival n'ont cessé de croître depuis sa création. Il représente à présent la première manifestation de ce genre en Europe.

Une très grande partie des films présentés en compétition est en version française (ou avec des sous-titres français): c'est incontestablement un atout supplémentaire - voire déterminant - pour tous ceux qui sont à la recherche de nouvelles productions audiovisuelles directement utilisables auprès d'un public francophone. Cette année, l'objectif principal du Festival était de «promouvoir la formation et l'information en matière de santé, et créer ainsi un véritable carrefour international de rencontre entre professionnels de la santé, de la recherche médicale et scientifique, du cinéma, de l'industrie, de l'éducation et de l'environnement».

Ambitieux, certes, mais à la hauteur du professionnalisme et du sérieux des organisateurs. Ils avaient tout prévu, sauf la neige!

Organisation et déroulement du Festival

Le Festival s'est déroulé sur trois journées, du 30 mars au 1^{er} avril.

La première journée, centrée sur le thème de la Santé et l'Environnement, visait principalement à sensibiliser le grand public.

Il existe en effet de puissantes relations entre santé et environnement. Les liens entre l'individu et le milieu dans lequel il vit ainsi que la qualité de ce milieu ont des répercussions directes et pro-

fondes sur l'état de santé individuel et collectif. Il est donc très important d'informer et de former correctement les professionnels de santé à la prise en compte des facteurs environnementaux dans les problèmes de santé de la population qu'ils rencontrent quotidiennement.

Les 72 films en compétition abordaient principalement les sujets suivants: problème de l'eau, pollution des villes, traitement des ordures ménagères, déchets radioactifs et toxiques, modes de vie en milieu rural et citadin, écologie humaine, préservation de la forêt, des espèces animales et végétales.

Une attention toute particulière a été réservée aux problèmes rencontrés par les pays en développement. Les films insistaient avec justesse sur les aspects globaux et systémiques de la protection de l'environnement et sur ses incidences sur la qualité de la santé physique et mentale des individus et des collectivités.

La deuxième journée, consacrée aux films d'éducation pour la santé, s'adressait au grand public et aux professionnels de santé.

La prévention et la promotion de la santé font partie intégrante de toute politique cohérente de santé. La nécessité de considérer l'être humain dans sa globalité et notamment dans ses rapports avec son environnement s'impose aujourd'hui à tous. L'audiovisuel peut être un magnifique outil s'il s'inscrit dans le cadre d'un projet global et structuré.

C'est ce qu'ont tenté de montrer les 104 films sélectionnés sur des sujets aussi diversifiés que la lutte contre l'alcoolisme, le tabagisme, les maladies cardio-vasculaires, les épidémies (sida, etc.), la promotion de l'hygiène bucco-dentaire, l'hygiène scolaire, l'hygiène mentale, l'éthique médicale, les grands problèmes de société, la toxicomanie, etc.

La présence des promoteurs ou des réalisateurs a permis de situer plus précisément la place de l'outil vidéo-graphique dans une campagne de prévention en général et d'expliquer les choix effectués (forme, durée, etc.). Cette opportunité de débattre et de dis-

cuter directement avec les concepteurs a été unanimement appréciée par les participants.

La troisième journée, réservée aux films médicaux scientifiques, était plus spécifiquement destinée aux professionnels de la santé (médecins, formateurs, professions médicales et paramédicales, étudiants en médecine, etc.).

La promotion de la formation initiale et post-universitaire de la médecine par les moyens audiovisuels était l'objectif de cette journée ciblée.

Pour reprendre la profession de foi des organisateurs, «l'audiovisuel, mieux que tout autre moyen, se révèle être un outil indispensable pour assurer la diffusion d'un message à caractère scientifique et technique. Témoin de la recherche, le film médical est aussi l'outil de réflexion le plus maniable pour la circulation des idées.»

Vu le succès rencontré par cette journée, force m'est de constater qu'il existe indéniablement un «marché» florissant. Il offre un très large éventail de productions qui vont du film chirurgical montrant les dernières techniques de pointe au film médical pur destiné aux professions médicales et paramédicales. Du film personnel et amateur au film de pointe des centres hospitaliers ou de l'industrie pharmaceutique en passant par le film d'association, près de 100 films ont été proposés à un nombreux public de spécialistes.

Le Festival proposait donc en compétition une sélection de près de 300 films français et étrangers (1). Précisons qu'un travail de présélection rigoureux et méthodique avait été réalisé préalablement par le comité d'organisation qui avait reçu près de 500 films (!) d'origines variées et de qualités variables.

Les projections se déroulaient simultanément dans sept salles de 9 heures précises à 17 heures. De 10 à 15 films par salle et par jour, est-il besoin de préciser que les participants ont pu se rassasier dans les règles de l'art! Il y eut même quelques stakhanovistes irréductibles pour occuper avec assiduité la salle spécialement équipée de vidéo-box individuels.

Les "fiches du self-help" sont une réalisation du service Promotion de la santé de l'Union nationale des mutualités socialistes. Elles sont publiées dans le cadre de la Cellule de coordination intermutualiste Union nationale des mutualités socialistes / Alliance nationale des mutualités chrétiennes.

FICHE F.2

Le service

■ **Coordonnées** : Parents pour toujours, Rue de Bordeaux, 62 a - 1060 Bruxelles. (D'autres groupes, associations et services existent dans d'autres villes, qui fonctionnent plus ou moins dans le même esprit; renseignez-vous au besoin à l'adresse ci-dessus).

■ **Permanences** : de 9 à 17h, du lundi au vendredi (tél.: 02/537.11.08) ou de 9 à 20h, 7 jours sur 7 (tél.: 02/537.34.15).

■ **Responsable(s)** : Philippe Piret, Hélène Van den Steen.

■ **Publications** : —

■ **Autres activités principales** : développement de la médiation familiale.

N. B. : les informations reprises ci-dessus sont susceptibles de connaître certains changements au fil du temps: interruption ou développement d'activités; nouveaux responsables; modification des heures de permanence; déménagement; etc.

En attendant d'éventuelles mises à jour, toute personne qui rencontrerait des difficultés dans ses tentatives de contact avec un groupe de self-help ou qui chercherait des informations complémentaires sur les groupes existants peut s'adresser au: Service Promotion de la santé, U.N.M.S., 32 rue Saint-Jean - 1000 Bruxelles; tél. 02/515.05.85.

01/06/95
(au recto : le regard sur problème)

FICHE A.2

Les services

■ **Coordonnées** : 1) Ligue Alzheimer, rue Langeveld, 151 - 1180 Bruxelles; tél.: 02/375.18.09. (sections locales);

2) Association Alzheimer Belgique, Clos Saint-Georges, Chaussée de Waterloo, 1321 d - 1180 Bruxelles; tél.: 02/375.71.18. ou 071/31.95.14 (section de la région de Charleroi). Réunions tous les deux mois à Bruxelles et Charleroi; selon la demande à Mons).

■ **Permanence** : 1) jours ouvrables de 10h30 à 15h;

2) 24h/24 (répondeur).

■ **Responsable(s)** : 1) Mme De Plaen (010/43.02.90);

2) Mme Westerman

■ **Publication** : 1) "Bloc Notes" (trimestriel);

2) "Alzheimer Belgique Info" (bimestriel).

■ **Autres activités principales** : 1) soutien à la recherche;

2) intervention auprès des responsables politiques.

N. B. : les informations reprises ci-dessus sont susceptibles de connaître certains changements au fil du temps: interruption ou développement d'activités; nouveaux responsables; modification des heures de permanence; déménagement; etc.

En attendant d'éventuelles mises à jour, toute personne qui rencontrerait des difficultés dans ses tentatives de contact avec un groupe de self-help ou qui chercherait des informations complémentaires sur les groupes existants peut s'adresser au: Service Promotion de la santé, U.N.M.S., 32 rue Saint-Jean - 1000 Bruxelles; tél. 02/515.05.85.

01/06/95 (au recto : le regard sur problème)

FICHE A.3

Le service

■ **Coordonnées** : Association Lupus Erythémateux, Avenue des Jardins, 62 (Bte 19) - 1030 Bruxelles; tél.: 02/216.61.41.

■ **Permanence** : accès téléphonique tous les jours.

■ **Responsable(s)** : Mme A.-M. Verbeeck.

■ **Publication** : "Le Lien" (trimestriel).

■ **Autres activités principales** : réunions (trois fois l'an); informer en particulier le corps médical.

N. B. : les informations reprises ci-dessus sont susceptibles de connaître certains changements au fil du temps: interruption ou développement d'activités; nouveaux responsables; modification des heures de permanence; déménagement; etc.

En attendant d'éventuelles mises à jour, toute personne qui rencontrerait des difficultés dans ses tentatives de contact avec un groupe de self-help ou qui chercherait des informations complémentaires sur les groupes existants peut s'adresser au: Service Promotion de la santé, U.N.M.S., 32 rue Saint-Jean - 1000 Bruxelles; tél. 02/515.05.85.

01/06/95
(au recto : le regard sur problème)

FICHE D.3

Le service

■ **Coordonnées** : AFLAPA (Association de parents d'enfants nés avec une fente labio-palatine), Place Saint-Lambert, 6 - 1370 Jodoigne; tél.: 010/81.08.38. Antennes à Bruxelles, Ciney, Enghien, Romsée, Nivelles.

■ **Permanence** : soirées après 20h (ou répondeur).

■ **Responsable(s)** : Mme J. Cambier-Lafruit.

■ **Publication** : "AFLAPA"

■ **Autres activités principales** : réunions (un samedi tous les deux mois) et une grande réunion annuelle.

N. B. : les informations reprises ci-dessus sont susceptibles de connaître certains changements au fil du temps: interruption ou développement d'activités; nouveaux responsables; modification des heures de permanence; déménagement; etc.

En attendant d'éventuelles mises à jour, toute personne qui rencontrerait des difficultés dans ses tentatives de contact avec un groupe de self-help ou qui chercherait des informations complémentaires sur les groupes existants peut s'adresser au: Service Promotion de la santé, U.N.M.S., 32 rue Saint-Jean - 1000 Bruxelles; tél. 02/515.05.85.

01/06/95
(au recto : le regard sur problème)

s'en référer à des chiffres qui délimiteraient parfaitement le phénomène.

Les statistiques criminelles

Le traitement des statistiques criminelles amène une série de constatations:

- les faits de drogue enregistrés sont relativement peu nombreux;

- les chiffres sont à mettre en lien avec l'activité policière: la quantité des faits enregistrés dépend de la visibilité de certains comportements (quartier à forte densité avec des logements exigus, habitude de la population à être dans la rue,...) et du ciblage de l'activité policière sur des périmètres particuliers;

- la comparaison de différentes données amène à constater que les jeunes Belges bénéficient plus facilement d'un suivi sous conditions que les étrangers non européens.

L'activité des services de santé

Les pharmaciens tout d'abord.

Certains pharmaciens évitent la clientèle des toxicomanes et refusent la délivrance de méthadone. 9 pharmacies sur 13 délivrent de la méthadone, pour un total de 79 cures suivies (ce chiffre correspond à l'offre, non à la demande). Il y a une forte disparité entre les officines où sont vendues les seringues mais toutes en vendent. Environ 100 seringues sont vendues chaque jour.

Les pharmaciens soulignent l'usage de Rohypnol, un somnifère, à des fins non médicales.

Les médecins ensuite.

Les médecins généralistes isolés reçoivent plus de patients ayant des demandes ponctuelles liées à l'usage des stupéfiants (demande de prescription de produits). Ils prescrivent plus de Rohypnol que les centres médicaux. Les médecins du Réseau d'Aide aux Toxicomanes (RAT) quant à eux n'en prescrivent pas. Les généralistes isolés effectuent proportionnellement moins de suivis que les centres médicaux ou les médecins du RAT.

Les Marocains fréquentent davantage les médecins généralistes et les centres médicaux que les médecins du RAT.

Qu'en pensent les acteurs du quartier?

Qu'est-ce qui se dégage des rencontres informelles avec les différents publics rencontrés (policiers, commissaires, pharmaciens, médecins, habitants du quartier, jeunes et adultes,...)?

Des questions ont été posées à propos du quartier, des conditions de vie et des problèmes rencontrés.

Ce qui ressort de manière générale, c'est un sentiment d'insécurité diffuse. Ce sentiment se fonde non pas sur la crainte des drogues et des toxicomanes mais sur:

- le manque de revenu et le manque de travail;

- la violence ambiante (larvée ou révélée);

- le manque de perspectives positives (notamment pour les jeunes);

- le manque d'investissement dans des projets (notamment le désintérêt pour le cursus scolaire).

Les questions de drogues sont secondaires, ce qui s'avère très différent des propos que l'on prête habituellement à l'opinion publique. Les gens sont très éprouvés et très préoccupés par leur situation socio-économique et par celle du quartier.

Les jeunes sont un peu comme des funambules c'est-à-dire qu'ils sont sans cesse en position de fragilité:

- il y a à la fois l'envie et l'espoir d'en sortir et de s'intégrer, de faire des efforts pour cela;

- d'autre part, le désespoir de constater que ça ne mène à rien et de tirer profit de tout, dans le court terme, même si c'est de façon illégale: l'illégalité n'étant pas le fait d'individu profondément tordu ou perturbé mais un moyen comme un autre de s'intégrer «quand j'ai de l'argent, je peux consommer comme tout le monde».

Les jeunes

Les jeunes du quartier semblent peu insérés dans la vie sociale; leurs relations sociales sont instables. Ils n'ont pas vraiment d'appartenance à des groupes ou des bandes stables. Ils ont un comportement de fuite dans des stratégies adaptatives mais ponctuelles et des plus di-

verses (se vanter, "stouffer" comme on dit à Bruxelles, faire des efforts ou des bêtises, consommer des drogues ou en vendre pour avoir les moyens de consommer donc de s'intégrer,...). Cela, car il y a un manque de sens profond à leur vie.

Sans avoir pu approfondir la signification de l'ensemble de ces comportements, nous pouvons affirmer qu'ils témoignent de difficultés diverses:

- faibles résultats scolaires, retards dans le cursus voire décrochage scolaire;

- désagrégation du tissu social, fracture entre générations, interactions problématiques de voisinage;

- climat de violence révélée ou latente;

- réduction des possibilités offertes par le marché du travail pour les jeunes, mais également carence de lieux où ils pourraient développer des activités significatives pour eux.

A quel niveau agir?

Ce tableau nous amène à la conclusion que c'est sur le plan des perspectives fondamentales qu'il faut agir: l'emploi, ainsi que sur les conditions de vie: l'habitat, les accès aux infrastructures de toutes sortes. C'est le niveau macro.

Mais ce tableau souligne aussi l'importance du travail social, au sens large. C'est le niveau et l'approche micro.

Nous n'avons pas observé de différences notoires à propos des nationalités des consommateurs de drogues.

En comparant les nationalités des personnes interpellées, on constate que les Belges et les Marocains sont majoritaires, les Marocains étant davantage interpellés et nous avons avancé des explications à cela (présence dans la rue, pourcentage important de la population).

La réalité de la drogue est présente pour les différentes nationalités mais ce qui est caractéristique, c'est qu'on est davantage en face d'une population largement précarisée et défavorisée, toutes nationalités confondues. Une population exclue

de l'accès aux biens les plus divers qui caractérise l'appartenance et l'intégration à la société de consommation.

Sur ce plan, nous voudrions apporter une précision fondamentale.

Il s'agit de réaliser un travail social (socio-éducatif, socio-culturel, social aussi au sens le plus strict). Pour cela, il faut éviter tout ce qui renforce la stigmatisation, le marquage, le repli sur soi,... Il faut déployer le plus possible des stratégies d'émancipation et non pas de gardiennage, d'encadrement.

C'est pourquoi l'obsession sécuritaire et ses pratiques sont très dangereuses. Ces gens sont déjà profondément insécurisés: au plus on va déployer et ériger des stratégies de cadrage et de contrôle au plus on va les mettre sous pression et au plus les réactions risquent d'être désespérées et violentes, à l'opposé du but recherché.

Des pistes de travail

Il n'y a pas de prévention spécifique des toxicomanies et des conduites d'usage; il n'y a pas de vaccin.

Il faut opter, et nous le pratiquons depuis longtemps, pour une prévention globale et intégrée qui peut par ailleurs comporter des aspects spécifiques relatifs aux drogues.

L'équipe d'Infor-Drogues s'est installée dans le quartier et va pouvoir aller à la rencontre des gens, des différents publics.

Des actions spécifiques pourront prendre appui sur les demandes:

- demandes des jeunes (information, problèmes liés à la consommation, difficultés familiales/scolaires, etc.);
- demandes des parents (information, craintes, soupçons, constatation de consommation, de commerce,...);
- demandes des institutions (ex. école), des associations, des professionnels, des habitants.

L'équipe pourra servir de passerelle mais aussi mettre en place des projets spécifiques. Dans ce cas, il sera important de «mettre le demandeur au travail» c'est-à-dire de miser sur les ressources mobilisables par le

demandeur lui-même afin qu'il soit partie prenante.

L'équipe favorisera aussi les rencontres entre acteurs de secteurs différents et utilisera les ressources existantes afin d'éviter les actions redondantes.

Nous souhaitons aussi poursuivre le travail de recherche entamé et notamment sur le plan qualitatif (entretiens semi-directifs retranscrits, récits de vie,...), l'ensemble de ce travail s'inscrivant dans les pratiques de développement communautaire.

Nous avons aussi l'envie de faire le même type d'approche, de recherche dans des quartiers non stigmatisés, non désignés comme quartiers à risque. Notre hypothèse étant qu'il n'y a pas plus de problèmes de drogues dans ces quartiers que dans les autres; une des différences serait la visibilité du problème...

Texte rédigé d'après le rapport de recherche de l'équipe mobile d'Infor-Drogues (Tél.: 02/537.52.52). ■

Les fiches du self-help

Découpez (ou photocopiez et collez sur un carton) ces fiches d'identité de groupes et organismes offrant, en Communauté française de Belgique, des possibilités pour les particuliers de se joindre à un "groupe d'entraide" ou d'y obtenir des informations et conseils. Plusieurs fiches ont déjà été publiées et d'autres le seront périodiquement.

SÉRIE A - FICHE 2

Alzheimer (soutien aux proches)

Regard sur le problème

On estime que près de 100.000 personnes souffrent en Belgique de la maladie d'Alzheimer, forme la plus fréquente de démence, d'origine encore mal connue. Même si le fonctionnement des cellules cérébrales s'altère à un rythme différent selon les personnes, la dégradation est irréversible et son annonce a de quoi déstabiliser sérieusement l'individu concerné (s'il est suffisamment conscient) et en tout cas son entourage. Peu à peu, les questions se bousculent: comment le sujet atteint va-t-il évoluer? deviendra-t-il bientôt totalement "absent", violent? comment réagir à ses hallucinations? comment le garder à la maison? où pourrait-il être soigné? etc.

Pour répondre aux questions les plus pratiques, pour soutenir moralement les familles, des associations d'entraide ont vu le jour et fonctionnent parfois depuis une dizaine d'années déjà. On peut y recevoir des conseils (problèmes de communication, de dépression, d'hygiène, d'agitation, d'agressivité...) ou des informations d'ordre pratique, scientifique, administratif, juridique, ainsi que divers tuyaux sur les formes de prise en charge ou d'aide professionnelle.

(au verso : les services)

SÉRIE F - FICHE 2

Rupture conjugale

Regard sur le problème

Les séparations et les divorces touchent aujourd'hui, dans nos pays, environ un couple institué sur trois. Si toutes ces ruptures ne tournent pas forcément à l'aigre (heureusement!), nombreux sont néanmoins les cas où la période de dislocation conjugale accentuée, au moins pour un temps, l'animosité des anciens partenaires et multiplie les occasions de friction, les règlements de compte, les débordements violents et douloureux. A la crise émotionnelle, s'ajoutent en effet les bouleversements matériels, les crispations financières, les conseils parfois belliqueux d'avocats avant tout soucieux de "faire gagner" leur client(e). Parfois aussi — et c'est le pire — les enfants sont pris en otage par l'un ou l'autre, voire les deux parents: ils deviennent des "objets de représailles post-conjugales". Parfois enfin, un parent renonce à certains de ses droits élémentaires pour échapper à cette spirale destructrice...

A travers des rencontres, des échanges d'expérience, des conférences, des séminaires, des "médiations", certaines associations s'efforcent d'aborder les choses autrement et proposent aux "couples" en crises, avant ou après une séparation, des voies de règlement des différends plus respectueuses de chacun et plus soucieuses, le cas échéant, du bien de l'enfant.

(au verso : les services)

Que pensez-vous d'Education Santé?

A l'occasion de la procédure de réabonnement des mois de février et mars, nous vous avons demandé de répondre à quelques questions relatives à notre mensuel. Vous trouverez ci-dessous les éléments les plus significatifs.

Tout d'abord merci à tous ceux et toutes celles qui ont bien voulu prendre quelques minutes de leur temps pour répondre à notre questionnaire: sur 2656 abonnés, vous êtes 892 à nous l'avoir renvoyé (soit environ 33,5%).

Evidemment, ces données nous éclairent sur l'opinion des lecteurs qui nous sont fidèles. Elles ne nous disent rien de ceux qui n'ont pas renouvelé leur abonnement. Si leur renoncement n'est dû ni à un oubli (cas fréquent!) ni à un manque d'intérêt suffisant pour la promotion de

la santé, mais à une insatisfaction par rapport à la revue, nous en ignorons les motifs.

Que faites-vous dans la vie?

Le tableau ci-dessous donne une comparaison du profil des lecteurs au fil des trois dernières années.

Secteur d'activité	1992	1993	1994
sciences de la santé	33,5%	33%	36,8%
sciences humaines et sociales	27,5%	27%	19,8%
enseignants	19%	16,5%	16,3%
étudiants	12,5%	13,5%	14,9%
autres (y compris non précisé)	7,5%	10%	12,2%
total	100%	100%	100%

Comment lisez-vous Education Santé?

Vous êtes 34% à lire entièrement la revue chaque mois.

Environ 59% des lecteurs lisent à fond les articles qui les intéressent le plus, 7% ne font que feuilleter la revue.

SÉRIE D - FICHE 3

Fente labio-palatine (bec-de-lièvre)

Regard sur le problème

Le "bec-de-lièvre" est une malformation congénitale (*) qui atteint un enfant sur 800. Pas réellement décelable lors des échographies prénatales, elle choque et désespère en général assez brutalement les parents, lors de l'accouchement. Les causes en sont largement méconnues. On sait seulement que cette infirmité est due à l'arrêt d'une partie de la formation du visage foetal pendant la grossesse (entre la 4e et la 7e semaine au niveau de la lèvre; entre la 7e et la 12e semaine pour le palais).

Si les moyens réparateurs sont aujourd'hui très développés (**), les angoisses et les questions pratiques que le problème suscite nécessitent une information et un soutien précoces aux familles. Depuis 1983, un groupe d'entraide et son réseau de «parents correspondants» offrent conseils, aide psychologique, renseignements sur les droits sociaux auxquels on peut prétendre (allocations familiales majorées, remboursements pour la logopédie et l'orthodontie...), réunions régulières qui démystifient les problèmes et apportent le réconfort dont la famille a besoin tout au long de ce parcours.

(*) C'est-à-dire présente dès la naissance, sans avoir pour autant une origine génétique (héréditaire).

(**) La chirurgie plastique corrige cette infirmité dès le plus jeune âge et en respectant la croissance physiologique de l'enfant. Selon la gravité du cas, plusieurs opérations s'avèrent parfois nécessaires. Il est parallèlement indispensable de surveiller la dentition, l'audition, le développement psychomoteur et celui du langage, afin de soutenir l'enfant dans toutes ses capacités.

(au verso : les services)

SÉRIE A - FICHE 3

Lupus érythémateux

Regard sur le problème

Maladie sournoise et capricieuse, le lupus est classé dans les maladies dites "auto-immunes". Il résulte d'un désordre du système immunitaire, caractérisé par une fabrication d'anticorps qui, au lieu d'assurer la défense de l'organisme face aux infections, s'attaquent aux cellules et organes du corps humain (cellules sanguines, articulations, peau, reins, vaisseaux, coeur, poumons, cerveau...). On recense près de 3.000 cas en Belgique et 100 nouveaux par an. Le lupus atteint prioritairement des femmes jeunes. Son origine reste méconnue et, vu l'extrême diversité des symptômes et des localisations cliniques, le diagnostic est très difficile à poser. En outre, le lupus va et vient, selon des rythmes et avec des intensités aussi fluctuantes d'une personne à l'autre qu'imprévisibles. Il n'est pas rare qu'un état dépressif ponctue ce tableau empoisonnant. L'information des personnes qui se désolent ou ne comprennent pas ce qui leur arrive est une des premières fonctions de la jeune association créée autour de cette pathologie éprouvante.

(au verso : le service)

quanté le Pélican en 1994, on en compte à part égale environ 20 % ayant comme source d'envoi le bouche à oreille, 20 % le self-help, 25 % les instances médico-sociales et 35 % les médias ou d'autres formes d'information publiques extérieures (affiches, dépliants en salle d'attente, etc.).

Sur ces mêmes 119 personnes, on relève que la moitié de la population n'a point de suivi extérieur, alors que 25 % suit une psychothérapie, et 25 autres pour cent un groupe de self-help en dehors et complémentirement au Pélican.

La naissance et la diffusion d'un groupe de self-help

Notre expérience de professionnel du self-help et de professionnalisation d'un groupe de self-help, ici le Pélican, nous conduit à dire que la naissance d'un groupe de nécessité la convergence de nombreuses énergies personnelles et d'un grand esprit d'initiative, de persévérance et de coopération à chaque étape.

Cette énergie est nécessaire mais ne suffit pas. Notre expérience montre aussi que la pérennité d'un groupe de self-help est également largement tributaire d'un puissant effort et d'un vaste programme concomitant de diffusion - sensibilisation - et formation. Ceux-ci doivent être dirigés tant envers des publics-relais - les professionnels de la santé - nos collègues chez qui il n'est pas facile de se faire reconnaître et accepter - qu'envers les publics concernés et au-delà envers la presse et l'opinion publique en général.

La formation au self-help : une nécessité

Pour les professionnels de la santé, les objectifs d'une formation au self-help sont l'information et la sensibilisation aux dimensions théoriques du self-help et l'enseignement par une participation pratique à la mise sur pied, l'accompagnement et la conduite de groupes de self-help.

Les groupes du Pélican ont créé récemment une unité de formation au self-help destinée non seulement aux professionnels de la santé, mais aussi à toute personne motivée, désireuse de constituer elle-même un groupe de self-help ou d'en favoriser la création

(pour toute information, contacter P. Strens au Pélican asbl, 02/502.08.61).

L'opinion de professionnels de la santé envers le self-help

Les résultats alors peuvent être positifs. Le Pélican a de la sorte mené plusieurs campagnes de diffusion en 89-90 et 90-91, et il poursuit avec constance sa politique d'information et de sensibilisation.

Nous avons ainsi, notamment au cours d'un programme, touché 350 généralistes, 128 psychiatres, 138 responsables d'organismes sociaux et 205 responsables du monde paroissial.

Les résultats saillants de notre évaluation montrent une bonne connaissance préalable du Pélican par les professionnels de la santé et leur intérêt pour l'information déjà reçue.

Si, avant la campagne, médecins généralistes et psychiatres n'ont pas souvent conseillé à leurs consultants la fréquentation du Pélican, 2/5ème des responsables sociaux et 1/3 des responsables paroissiaux l'ont déjà fait une ou plusieurs fois.

Par contre, grâce à cette campagne, de nombreux professionnels de la santé, responsables sociaux ou paroissiaux, toutes catégories confondues, se sont montrés ouverts à un changement de leur pratique professionnelle, c.à.d. à l'idée d'envoyer certains de leurs consultants vers le Pélican.

Les mêmes publics-relais attribuent essentiellement aux facteurs de convivialité et à la nature informelle des relations humaines qui s'y déroulent, l'efficacité du Pélican.

L'efficacité du self-help

Sur les 48 participants dépendants aux substances, et les 86 dépendants psychologiques qui ont fréquenté le Pélican en 1994 on compte - au-delà de 14 indéterminés quant à leur évolution - 27 erreurs d'orientation, 21 stagnations dans leur dépendance, 25 améliorations partielles (soit 20 %) et 47 (soit 35 %) évolutions franchement positives.

De l'ensemble de ces considérations relatives aux relations du monde professionnel de la santé et du self-help, professionnalisé ou non - c.à.d. tout à fait autonome et self-supporting quant

à ses réalisations, il m'apparaît clairement - comme à de nombreux auteurs et à tout le mouvement du self-help international - que celui-ci constitue un outil de santé informel tout à fait complémentaire et efficace à l'appareil de soins classiques pour un éventail très vaste de pathologies et de situations de vie problématiques.

Conclusions et perspectives d'avenir

Et pourtant, sur le territoire de notre Région de Bruxelles-Capitale, le mouvement de self-help est loin d'avoir pu réaliser toutes les promesses et toute l'extension en nombre de groupes qui devraient être siennes.

Pourquoi?

Sans doute parce que l'esprit d'initiative et d'entreprise qui caractérise les créateurs potentiels de groupes de self-help n'est pas encore assez présent, ni sollicité dans une société dont la vision de la santé reste encore culturellement mono-centrée sur la relation individuelle, le « colloque singulier » et non pas sur le paradigme du groupe, de la convivialité et de la solidarité plus habituelle au monde anglo-saxon. Cette difficulté n'est sans doute point absente au sein du monde professionnel de la santé quand il s'agit d'indiquer et d'orienter les consultants vers une pratique de groupe dont ils n'ont pas souvent connaissance.

Plus avant, il y a, je crois, le préjugé que les groupes de self-help n'ont pas besoin pour se développer d'importants moyens matériels, comme s'il était possible de développer une médecine vivante spontanée ou professionnalisée comme elle l'est à travers le courant du self-help sans moyens humains et financiers.

Il y a de nombreuses vocations possibles offertes tant aux professionnels de santé qu'aux patients eux-mêmes dans le champ du mouvement social d'entraide mutuelle ou self-help.

A l'issue de ce Colloque, il serait opportun que les organisateurs de cette rencontre et leurs promoteurs administratifs et politiques - nos Ministres régionaux et leurs Administrations - nous apportent leurs concours à nous, membres ou initiateurs de groupes de self-help en Région Bruxelloise.

Dr. G. Bradfer, pour l'équipe du Pélican

Mais vous êtes nombreux à nous expliquer votre stratégie de lecture: d'abord parcourir rapidement le numéro lorsque vous le recevez, puis, à l'aise, lire plus en profondeur certains articles.

Qui lit Education Santé?

Environ 32% d'entre vous sont seuls à lire leur exemplaire de la revue. Mais 68% partagent Education Santé avec des collègues (47%) ou des membres de leur famille (21%).

Pour chaque exemplaire envoyé, il y a en moyenne 3,8 lecteurs. Comme vous êtes à ce jour environ 1500 à vous être réabonnés, nous pouvons estimer qu'environ 5700 personnes nous lisent chaque mois.

Quelles rubriques vous intéressent-elles le plus?

Voici votre 'palmarès' des rubriques (nous indiquons, entre parenthèses, le pourcentage de cotations «fort intérêt» pour cette rubrique, par rapport à l'ensemble des cotations pour la rubrique):

1. Initiatives (64,8%)
2. Lu pour vous (55,1%)
3. Réflexions (54%)
4. Matériel (48,8%)
5. Suppléments (47,7%)
6. Brèves (42,5%)
7. Prévention Sida (41,1%)
8. La Doc ad Hoc (40,1%)
9. Vu pour vous (34,5%)
10. Stratégies (34,5%)
11. Entraide (28,6%)
12. Acquisitions (23,7%)
13. Editorial (17,4%).

Les sujets que vous nous demandez de développer:

- le handicap: handicap sensoriel, mental, physique ainsi que l'éducation pour la santé dans l'enseignement spécial;
- la santé mentale: la santé mentale en général mais aussi des problèmes plus particuliers tels que le lien entre santé mentale et contexte de vie (chômage,...), la dépression, le suicide, les maladies mentales;



- les personnes âgées: la santé, les maladies, le placement des personnes âgées, des actions d'éducation pour la santé spécifiques à ce public;
- la périnatalité et la petite enfance: grossesse, naissance, allaitement maternel, éducation pré et postnatale, accueil de la petite enfance, relations parents-enfants;
- les milieux défavorisés: les populations précarisées, les sans abri, l'exclusion sociale, les milieux immigrés;
- l'éducation du patient et certaines maladies: sclérose en plaques, épilepsie, asthme, maladie de Parkinson, diabète, MST, maladies cardiaques,... la psychiatrie également;
- la santé et le travail: médecine du travail, sécurité, risques professionnels pour les jeunes en formation, "burn out", promotion de la santé en entreprise;
- l'alimentation: chez les jeunes, les enfants, l'éducation nutritionnelle, les troubles de l'alimentation (boulimie, anorexie);
- l'éducation sexuelle et affective, l'avortement, le sida;
- les assuétudes: drogues, alcool, toxicomanies, les enfants d'alcooliques;
- des thèmes de méthodologie en éducation pour la santé: l'évaluation avec des exemples de projets, l'analyse du processus de changement de comportement, le rôle des représen-

tations, l'éducation par les pairs, l'analyse critique d'un support didactique, les conditions à réunir pour faire passer un message.

On retrouve également d'autres sujets (mais moins demandés): l'éducation en milieu scolaire, l'environnement, la violence à l'école, la maltraitance, la santé des adolescents, la présentation d'actions de quartier (développement communautaire), les associations de self-help,...

Nos abonnés étrangers (surtout) souhaitent trouver des articles venant d'autres horizons que la Belgique (Europe, pays de l'Est, pays en voie de développement, Québec).

Voilà de quoi nourrir les prochains numéros de la revue Education Santé sans oublier les sujets que nous traitons déjà et qui rencontrent la satisfaction de bon nombre de lecteurs.

Votre perception du ton de la revue

Vous êtes 82% à trouver Education Santé plutôt objective; 9,5% d'entre vous souhaiteraient quand même que nous soyons un peu plus critiques; mais personne ne nous trouve polémique (pas de réponse à cette question: 8,4%).

Comment jugez-vous globalement la présentation d'Education Santé?

81% la trouvent bonne, 18% la trouvent moyenne, et personne n'a de jugement négatif (pas de réponse: 1%).

Les améliorations à apporter

Vous nous demandez:

- plus d'expériences concrètes, plus d'initiatives sur le terrain, plus de témoignages, accorder une place à l'interview;
- plus de photos, plus d'illustrations;
- une mise en page plus aérée, mettre plus de sous-titres, plus d'encadrés;
- une table des matières complète, un sommaire plus élaboré;
- mettre de brefs résumés à la fin ou avant chaque long texte.

Et puis vous formulez des remarques plus précises: mettre le prix des livres dans les recensions, mieux identifier les auteurs d'articles, imprimer sur du papier recyclé, améliorer la lisibilité en changeant la typographie.

Vos remarques et suggestions

- créer un courrier des lecteurs pour permettre aux lecteurs qui le désirent d'exprimer leurs opinions;
- traiter un thème par numéro, faire des dossiers thématiques (*C'est l'objet de la plupart de nos suppléments, que nous voulons détachables pour améliorer votre confort d'utilisation*);
- étoffer la rubrique «offres d'emploi»;
- «l'agenda est très riche, varié mais trop tardivement proposé pour s'y

inscrire» (*avis à ceux qui nous font part de leurs activités, tenez compte des délais de réalisation d'un mensuel pour nous envoyer vos informations*);

- «s'il vous plaît, évitez le plus possible un jargon socio-éducatif» (*nous faisons notre possible mais...*).

Et puis certains d'entre vous nous ont offert leur collaboration; nous ne manquerons pas de les solliciter. Cette revue ne pourrait d'ailleurs exister sans la collaboration active de nombre de ses lecteurs!

Le mot de la fin pour remercier les nombreux lecteurs qui n'ont pas été avares d'encouragements. Cela nous a été droit au coeur!

L'équipe d'Education Santé

En vrac...

Profitons de l'occasion pour vous fournir quelques informations de plus, extraites de notre rapport d'activité à la Communauté française (année 1994).

* tirage moyen :
2.510 exemplaires

* diffusion moyenne :
2.190 exemplaires

* diffusion à l'étranger :
351 exemplaires

* nombre de pages sur l'année:
384

* prix de revient d'un exemplaire (rédaction, saisie, mise en page, photogravure, envoi): 134 FB

Les voyages du Réseau Européen d'Ecoles en Santé

La participation au programme Réseau Européen d'Ecoles en Santé offre au coordinateur «national» (communautaire en ce qui nous concerne), en l'occurrence le service Education pour la Santé de la Croix-Rouge, la chance d'assister à des colloques et séminaires internationaux. Conscient de la nécessité d'impliquer les acteurs de terrain dans ce type de manifestation, la Croix-Rouge a proposé à deux représentants, un directeur d'établissement et une enseignante, issus tous deux d'écoles-pilotes du Réseau Européen d'Ecoles en Santé de la Communauté française de Belgique, de participer aux séminaires de Copenhague (décembre 94) et de Genève (février 95). Nous présentons ci-après le compte rendu de ces deux événements.

Education pour la Santé et Démocratie

Copenhague, 12-15 décembre 1994

Dans le cadre du Réseau Européen d'Ecoles en Santé, sous le patrona-

ge de l'OMS et du Conseil de l'Europe, le Bureau danois de Promotion de la Santé a organisé du 12 au 15 décembre 1994, un séminaire consacré au thème «Education à la Santé et Démocratie».

Le colloque se tenait dans les locaux et avec l'aide matérielle de la Royal Danish School of Educational Studies, support du projet au Danemark.

Trente pays d'Europe occidentale et centrale étaient représentés par un ou deux acteurs nationaux du programme Réseau Européen d'Ecoles en Santé au titre de coordinateurs nationaux, fonctionnaires de la Santé publique, membres des équipes de santé ou chefs d'établissement scolaire.

Les objectifs de ces journées consistaient à clarifier les liens entre santé, environnement et démocratie, développer une politique d'éducation à la santé, initier des personnes-ressources pour renforcer les dimensions démocratiques en éducation et définir les besoins des participants quant aux stratégies à mettre en oeuvre.

En effet, partant du constat que d'une part, l'éducation pour la santé appliquée d'une façon «traditionnelle» ne donne pas souvent de résultats satisfaisants et que, d'autre part, les sociétés démocratiquement avancées sont également celles où la politique de santé paraît la plus performante, il semblait intéressant de réfléchir à la façon optimale d'apparier les deux concepts.

Dans cette optique, l'organisation de l'acte de l'éducation pour la santé passe par une organisation de vie dans l'école la plus démocratique possible, ce qui doit permettre à l'élève de développer au maximum sa «capacité d'action» en le rendant capable de définir en communauté (classe) un objectif réaliste, de trouver et de déployer des stratégies à mettre en oeuvre et cela même sans obligation de résultat. Ce cheminement constitue d'ailleurs aussi l'exercice difficile du statut de membre de la cité, de citoyen. Il est donc essentiel, tout au long du projet, de ne pas ignorer l'imprévu, d'évaluer le chemin parcouru, de «sans cesse remettre l'ouvrage sur le métier» car l'erreur ou l'échec font partie du projet.

Entraide

Pour une politique du self-help en Région de Bruxelles-Capitale

L'article ci-dessous reproduit l'intervention du Dr Bradfer à l'occasion du colloque «Promotion de la santé à Bruxelles», qui s'est tenu les 28 février et 1^{er} mars derniers.

Je suis heureux de m'entretenir aujourd'hui avec vous des rapports entre les professionnels de la santé et le mouvement du self-help.

Cet exposé nous conduira à citer plusieurs idées générales sur le self-help à travers les enseignements d'une expérience pratique d'un self-help professionnalisé: le Pélican.

Historique

Mes premiers contacts avec le self-help datent de ma rencontre avec les Alcooliques Anonymes comme jeune médecin, directeur du premier Centre spécialisé pour Alcooliques de Bruxelles.

Déjà à cette époque, j'orientai tous mes patients vers ces mêmes Alcooliques Anonymes, et 25 % d'entre eux y allèrent effectivement.

En tant que professionnel de la santé, j'ai apprécié l'opportunité de pouvoir leur proposer, en plus des soins médicaux que je leur prodiguais, de participer à un groupe de self-help spécifiquement centré sur leur maladie.

L'aide de professionnels de la santé envers le self-help

Plus tard, au cours de ma carrière, j'ai pu directement aider - en tant que professionnel de la santé extérieur - à la création même de nouveaux groupes de self-help, tels les Narcotiques Anonymes, en 1987, et les Emotifs Anonymes en 1988, et peut-être en 1995 les Joueurs Anonymes.

Ces groupes ont pu bénéficier grâce à notre soutien de facilités de démarrage comme la possibilité de disposer d'un local, une aide dans leurs relations avec des autorités publiques ou d'autres institutions de santé, un appui technique extérieur sous forme de conférences ou d'exposés d'informations.

Actuellement au Pélican nous avons mis sur pied une antenne de

soutien à la création et au démarrage de groupes de self-help. Après le forum du self-help de mars 1993, nous avons pu développer ce type de consultance pour plusieurs membres de groupes de self-help en formation.

Indication générale du self-help

Nous pensons ainsi de notre expérience que tout professionnel de la santé peut, complémentirement à ses soins, orienter ou tout au moins proposer à chacun de ses patients le groupe de self-help correspondant à sa maladie. De même au sein des cliniques, hôpitaux et lieux de consultations les plus divers, il serait opportun qu'une information circule, et qu'une sensibilisation au self-help puisse être donnée tant au corps médical qu'aux patients eux-mêmes par les membres des groupes de self-help existants.

L'U.N.M.S., Question Santé et nous-mêmes, au Pélican, avons produit divers documents et inventaires détaillés quant aux groupes déjà en place. L'équipe du Pélican a même publié un manuel d'aide à la création de groupes de self-help intitulé «Starters».

Les types de groupes de self-help

Il existe des groupes de self-help pour les maladies physiques les plus diverses, l'aphasie, le cancer du sein, les affections respiratoires, le Parkinson, etc., mais aussi pour des handicaps multiples - grands brûlés, handicapés visuels... ou pour des suites d'opérations - colostomie, ablation du larynx, etc...

Il en existe d'autres pour les dépendances - nous y reviendrons -. Mentionnons aussi des groupes d'entraide mutuelle pour divers types de situations particulières: veuvage, parents d'enfants décédés, homosexualité, compulsions sexuelles, etc.

Le 'Pélican', un exemple de self-help professionnalisé

L'Association du Pélican, on vous l'a expliqué, développe elle-même une forme de groupe de self-help professionnalisé - c'est-à-dire de méthodo-

logie de travail et de relations inspirée des mouvements de self-help (ici particulièrement des mouvements anonymes) pour toutes formes d'addiction ou de dépendances en voie de stabilisation, qu'elles soient alcoolique, toxicomane, médicamenteuse, au jeu ou aux aliments, mais aussi à des émotions excessives ou à des dépendances relationnelles ou affectives à des partenaires sentimentaux ou familiaux insatisfaisants.

Il n'est pas rare de trouver aux réunions du Pélican, assis ensemble à la même table, des alcooliques, des joueurs, et d'autres personnes traumatisées par l'existence, dépressives, co-dépendantes, ou frappées de profonds mal-être existentiels, toutes en recherche de sobriété émotionnelle et d'épanouissement personnel.

Un caractère commun à tous les groupes de self-help: leur protocole

Disons simplement, autant pour les professionnels de la santé que pour les membres des groupes de self-help ici présents combien nous paraît essentiel:

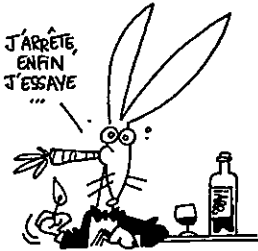
- de se conformer à un protocole - c.à.d. à des règles de déroulement d'une séance - bien clair et solide;
- de disposer d'animateurs de groupe prêts à faire respecter par eux et par le groupe ce protocole de réunion, afin que chacun puisse s'exprimer, écouter et vibrer à égalité de résonance et de vécu avec chacun des autres.

Le self-help: ouverture à un autre regard sur la santé

Une des richesses du Pélican, en ses transpositions professionnalisées de l'ensemble des mouvements anonymes et de leurs cibles particulières, c'est d'avoir porté un regard nouveau sur toutes formes de dépendance.

C'est au Pélican que nous avons pu le mieux saisir la complémentarité du self-help, même professionnalisé, avec les structures médicales classiques: sur 119 personnes ayant fré-

Le matériel est constitué d'une brochure pédagogique et de diapositives utilisées comme support de l'animation. Celle-ci sera divisée en 5 parties: effets du tabagisme, coût du tabagisme, analyse de la publicité, influence du groupe, comment arrêter de fumer?



C'est un matériel tout à fait classique dans sa conception, mais qui a le mérite d'avoir été longuement testé: en deux années scolaires, il a été utilisé auprès de 6000 étudiants. C'est dire si, passé ainsi au crible des remarques et critiques des jeunes, il a fait l'objet de modifications régulières.

Pour tout renseignement: Oeuvre Belge du Cancer, rue Royale 217, 1210 Bruxelles, tél. 02/225.82.11. ■

Alimentation saine

Après le lancement du concours de recettes "La santé est savoureuse" (voir Education Santé n° 93, p. 35), le Service Information et Education à la Santé des Mutualités Libres propose sur le même thème une affiche et un dépliant "Une alimentation saine: une importance vitale!".

Comme le titre le laisse deviner, vous n'y trouverez pas d'informations révolutionnaires, mais quelques conseils classiques complétés par deux manières d'évaluer soi-même son poids idéal. L'une le fait au moyen du calcul du BMI (Body Mass Index), l'autre nécessite quelques instants de réflexion avant de comprendre (une phrase telle que "prenez une latte pour unir votre longueur à la flèche de votre constitution" est assez sibylline, même avec le schéma à côté!).

Mutualités Libres, Service IES, rue St-Hubert 19, 1150 Bruxelles. ■

Objectif prévention

Dernier-né dans la collection des Guides Pratiques de Femme d'Aujourd'hui, voici «Objectif prévention». Il met l'accent sur tous les aspects de la vie quotidienne où nous pouvons agir pour prévenir certaines maladies, c'est-à-dire essentiellement sur l'alimentation, l'exercice physique, la lutte contre les excès de tabac, d'alcool et de soleil, et sur des mesures préventives en matière de sexualité.

Un chapitre est consacré à l'enfant, chez qui la prévention des risques par la vaccination ou par l'hygiène bucco-dentaire a fait ses preuves. Quant à la «fatalité» des accidents domestiques, l'application de mesures préventives demande parfois peu d'effort, mais simplement un peu de vigilance.

Ce guide insiste aussi sur l'importance du dépistage précoce de certaines maladies, afin d'accroître les chances de guérison.

ETIENNE G., Santé. Objectif prévention, Femmes d'Aujourd'hui, 1995, (Les pratiques de Femmes d'Aujourd'hui), 64 pages. Femmes d'Aujourd'hui, avenue Brugmann 27 A, 1060 Bruxelles. ■

Croquer ou craquer

Les jeux sont des supports didactiques fort à la mode. Déjà, dans le numéro du mois passé (n°96), nous vous présentions «Sur la piste de la santé», réalisé par le Centre de Santé de Grande-Synthe, en France.

Voici le tour de la Suisse. L'Institut Suisse de Prévention de l'Alcoolisme et autres Toxicomanies a réalisé un jeu de société sur la thématique des toxicomanies, intitulé "Croquer ou craquer". Le but de ce jeu est de faire vivre des situations de consommation qui comportent des choix favorables ou défavorables à la santé et de contribuer ainsi à la prévention des toxicomanies.

Chaque joueur (à partir de 13 ans) doit gérer la consommation d'un personnage qu'il a d'abord créé avec des cartes sur son plateau de jeu. Les produits de consommation disponibles sur le marché sont des pommes, du chocolat, des cigarettes, de l'alcool, des médicaments et des drogues. Ils représentent symboliquement des produits sains ou moins sains, des produits qui font plaisir ou qui comportent certains dangers, des produits facilement accessibles ou coûteux.

Chaque joueur peut décider d'acheter n'importe quel produit, symboliquement, en fonction des points obtenus en lançant les dés. Il les fera «digérer» à son personnage. Pour cela, il les fera avancer, toujours avec les dés, sur le parcours dessiné au verso des cartes, qui représente l'organisme du personnage. Cette digestion se fera plus ou moins rapidement, mais le plus souvent sans problème.

Néanmoins, certains événements surgissant en cours de partie, certains risques pris, ou une consommation excessive peuvent provoquer des maladies. De plus, les personnages créés par les joueurs sur leur plateau de jeu ne sont pas tous semblables. Des cases de couleur, à côté du parcours, indiquent leur penchant à consommer certains produits plutôt que d'autres, et en quelle quantité.

Pour jouer correctement, il faudra tenir compte de ces tendances. Mais pour gagner, il faudra ensuite amener son personnage à soigner ses maladies et à renoncer à ses habitudes malsaines.

Ceci n'est qu'un aperçu des règles de jeu. Une brochure décrit en 17 (!) pages les règles complètes et le déroulement d'une partie. Un peu compliqué...

"Croquer ou craquer" est produit notamment par la firme Ravensburger, ce qui lui accorde un certain label de qualité. Il est disponible au prix de 49 francs suisses (hors TVA et hors frais de port) auprès de:

Institut Suisse de Prévention de l'Alcoolisme et autres Toxicomanies, case postale 870, CH-1001 Lausanne, tél. 021 320.29.21. ■

Il est apparu d'emblée évident que pour les participants venus des pays de l'ancienne Europe de l'Est, le concept de démocratie a une dimension différente de l'acception que nous lui reconnaissons volontiers et que les préoccupations environnementales par exemple n'y trouvent pas nécessairement le même écho, eu égard à la gravité des problèmes rencontrés et au caractère d'urgence qu'y revêtent les carences purement existentielles (malnutrition, logement, hygiène générale,...).

Les quatre journées ont débuté par une présentation théorique de la problématique, d'où il ressort qu'il s'agit de «rendre les enseignants capables de gérer et donc d'améliorer leur santé», en totale conformité avec la définition de l'OMS. La promotion de la santé est à considérer dans une approche globale, qui implique tous les acteurs de la vie scolaire. Elle vise à rendre les élèves capables d'agir, d'influencer positivement les facteurs qui régissent la santé. L'enseignant doit donc, en utilisant la créativité naturelle des élèves et avec leur accord, déterminer les objectifs, planifier l'action en interdisciplinarité et la mettre en pratique sans ignorer les difficultés et les échecs possibles qu'il faut tenter de contourner par une stratégie souple.

L'examen d'un échange triangulaire entre deux établissements danois et une école de Prague, la visite de divers établissements à et autour de Copenhague, ont montré à quel point l'intégration au projet d'école, l'approche active des problèmes par les élèves et une grande honnêteté intellectuelle dans l'évaluation s'avèrent déterminants.

En séance plénière, les participants ont échangé à leurs expériences respectives et mis en place, par ateliers, des plans d'actions internationaux qu'ils se sont engagés à respecter.

En conclusion, j'ai eu l'opportunité de participer à des séances de travail très riches sur le plan humain, qui m'ont permis de réaliser - entre autres - que le concept de «démocratie» prend un éclairage différent

selon que l'on vienne de Roumanie ou de France, que même si la «santé» au sens large est au centre des préoccupations de tous, les besoins exprimés sont fondamentalement différents en Suisse et en Slovaquie.

Enfin, je signalerai que c'est à Copenhague que j'ai pu ébaucher un échange scolaire intercommunautaire belge entre un établissement flamand et mon école de la Communauté française de Belgique.

Etienne Micha, Préfet du Lycée Paul Verlaine de Paliseul, école-pilote du Réseau Européen d'Ecoles en Santé (REES).

Aux frontières de l'Education. L'Ecole, lieu de promotion de la santé.

Genève, 3-5 février 1995

Genève, côté lac: le regard du professionnel de l'éducation pour la santé

Organisée par la Fondation Johann Jacobs et la Carnegie Corporation, en collaboration avec l'OMS, la Conférence rassemblait les représentants d'une vingtaine de pays (européens mais aussi nord-américains), professionnels de la santé et professionnels de l'éducation.

«En faisant appel à des réseaux du monde entier», la Conférence avait pour objectif «d'étudier les moyens de créer et de faire fonctionner des écoles dans lesquelles les expériences éducatives et les découvertes des jeunes seraient renforcées par la pleine intégration de l'éducation pour la santé, des services de santé et d'un milieu sain dans le cadre scolaire».

L'accent a été mis sur le développement d'approches pluridisciplinaires en matière de santé, dont le Réseau Européen d'Ecoles en Santé de l'OMS constitue une excellente illustration. Plutôt que de résumer, et donc de trahir, les brillants exposés que nous avons dégustés entre deux fondues aux fromages, il m'a semblé plus intéressant de proposer au lecteur la synthèse des travaux de

l'atelier francophone que j'ai eu l'honneur d'animer. Sans être véritablement originales, ces conclusions synthétisent parfaitement les orientations maîtresses, non seulement de ce groupe, mais aussi de l'ensemble des travaux de la Conférence.

En réponse à la question «A la lumière de vos expériences, quels sont les éléments essentiels susceptibles de permettre aux écoles actives dans la promotion de la santé d'atteindre leurs objectifs?», les participants portugais, espagnols, suisses, luxembourgeois, français et belges ont proposé les priorités suivantes:

- 1) favoriser le processus de changement autour de l'école et mettre en place une approche globale permettant le passage du concept d'Education pour la Santé au concept de Promotion de la Santé (exemple des Villes-Santé suscitant notamment une osmose entre le Quartier et l'Ecole);
- 2) obtenir une modification des structures, du cadre institutionnel, du projet politique tout entier (exemple de la modification des rythmes scolaires);
- 3) intégrer les parents en veillant à définir clairement le rôle de chaque partenaire et à tenir compte de l'évolution de la famille;
- 4) identifier avec les enseignants ce qu'ils font en matière d'éducation pour la santé (= «base rassurante»); faire «circuler la parole», partager les expériences, positives ou négatives, de façon à revaloriser les enseignants et à accroître leur «estime de soi»;
- 5) clarifier les objectifs et les rôles; cette clarification partira de l'expression par chaque partenaire de ses peurs, de ses résistances, de ses attentes;
- 6) intervenir à plusieurs niveaux (politique, éducatif, institutionnel, ...) mais garantir l'autonomie de chaque niveau en faisant émerger les interactions;
- 7) encourager la solidarité, l'échange, la communication, grâce à des lieux et des temps de rencontre;

- 8) prendre le temps de se connaître, d'analyser les besoins, de comprendre; éviter tout activisme;
- 9) permettre aux élèves de s'approprier leur école;
- 10) veiller à rendre le projet aux acteurs afin que ceux-ci soient **su-jets et non objets**.

Bien que la réserve helvétique contraste sensiblement avec la chaleur des soirées irlandaises, on ne peut que souligner la remarquable cohérence entre ces conclusions et les recommandations de la deuxième Conférence "Europe contre le Cancer" tenue à Dublin en novembre dernier.

André Lufin, Service Education pour la Santé, Croix-Rouge de Belgique

Genève, côté Rhône: le regard de l'enseignant

En de courtes mais énergiques sentences, Madame Nadin, professeur en enseignement professionnel, nous livre de façon toute personnelle quelques considérations nées de la rencontre entre les exposés et témoignages proposés au cours de la Conférence d'une part, et son expérience et sa réflexion d'autre part.

- * Si tout le monde s'accorde sur le fait que la connaissance des problèmes de santé des jeunes est relativement bonne, si le consensus s'étend à l'élaboration de programme visant à modifier les comportements à risque, il n'en va pas de même sur la manière de mettre en oeuvre ces différents programmes.
- * Si la santé des jeunes s'est dégradée ces dix dernières années, les enseignants ne sont pas restés inactifs mais les initiatives ne sont souvent que sporadiques et manquent d'un fil conducteur.
- * La promotion de la santé est influencée par la nécessité de susciter chez les jeunes un désir de participation et un désir de répondre aux défis de la vie.
- * La santé des jeunes dépend de la santé de l'école et donc aussi des enseignants; la dégradation de la santé des uns a un effet «renforçant» sur la nervosité et l'agressivité des autres.

* La notion d'Ecole en Santé nous confronte à une ambivalence car l'école est elle-même source de dégradation de la santé (stress,...) et se voudrait promotrice de santé; cela pourrait se réaliser si l'école, tout en développant un sentiment d'appartenance, préparait à la santé en évoluant à plusieurs niveaux (programmes, relations sociales, interaction avec la communauté, ergonomie scolaire,...).

* Deux éléments influencent la santé à l'école: le niveau de relation et de communication entre les enseignants et les enseignés ainsi que l'influence de l'environnement au sens large. La collaboration entre enseignants et enseignés doit être renforcée.

* La santé et la Promotion de la Santé dépendent de la confiance en soi, que ce soit celle du jeune ou celle de l'enseignant :

- la confiance en soi du jeune pourrait être augmentée en évitant de le sous-estimer et donc en lui proposant des objectifs suffisamment élevés;

- plus les enseignants et enseignés seront convaincus de leur efficacité personnelle, plus les programmes, cours, projets, seront efficaces.

* Petit à petit, l'école devient le lieu d'apprentissage de la santé; il reste toutefois que les réformes «officielles» sont peu efficaces; il est dès lors utile que soit établi un «contexte» pour que l'enseignant et l'élève se sentent bien dans leur programme.

* L'école doit donner confiance et permettre à l'élève d'être «proactif».

* Une Ecole en Santé doit être volontaire afin de se procurer les conditions indispensables au projet; elle se doit également d'être une école de dialogues (direction, enseignants, élèves, parents,...).

* Les possibilités de changement existent parce que, d'une part, les étudiants ont «envie» et, d'autre part, que les enseignants se sentent frustrés de l'utilisation incomplète de leurs capacités.

* La construction d'un programme intéressant permet d'ajouter des données complexes et donc d'augmenter la stimulation de l'élève et sa capacité à résoudre des difficultés; ainsi devrait-il améliorer sa confiance en lui.

* Les liens entre l'école et les structures extra-muros doivent être favorisés pour permettre aux jeunes de se prendre en charge en évitant qu'il y ait lutte de pouvoir entre ces différentes structures.

* L'Ecole en Santé devrait permettre une interaction entre les services de santé et les enseignants. Mais deux types de frein existent: le statisme des services de santé et le manque de formation des enseignants en matière de santé.

* Quelques pistes pour une Ecole en Santé:

- adopter la politique des «petits pas»
- assurer la permanence de l'action
- agir sur l'environnement
- définir la philosophie de l'école et les moyens qui la soutiennent
- assurer la collaboration et la participation de la direction
- favoriser les liens entre la matière à enseigner et la réalité
- favoriser un travail en synergie avec le monde extérieur, lequel devrait renforcer l'efficacité de la prévention (beaucoup d'enseignants ne connaissent en effet que l'univers clos de l'école, et ont perdu ainsi le contact avec la réalité).

Pour conclure, l'intérêt d'une telle conférence pour un enseignant réside à mes yeux dans l'opportunité qu'elle offre de:

- confronter les expériences concrètes et les projets globaux;
- redéfinir la notion de réseau;
- repositionner les objectifs personnels par rapport au projet;
- renforcer la motivation;
- susciter de nouvelles orientations.

Chantal Nadin, enseignante à l'Institut Sainte-Marie de Seraing, école-pilote du Réseau Européen d'Ecoles en Santé ■

sentant le type ou le lieu de l'accident (incendie, accidents domestiques en général, accidents de la circulation,...), la personne qui peut utiliser l'outil présenté, le type d'outil.

On aurait souhaité peut-être une appréciation critique du matériel présenté; mais sans doute, le fait de figurer dans ces répertoires signifie-t-il qu'il répond à certains critères de qualité.

En outre, chaque fiche présente au verso un petit questionnaire à remplir par le public qui se serait procuré du matériel via les fiches, afin d'évaluer la qualité de l'outil et la justesse de la description fournie par Educa-Santé.

Outils de prévention, tomes I, II, III, IV, disponibles auprès d'Educa-Santé, avenue Général Michel 1B, 6000 Charleroi, tél. 071/33.02.29. ■

A l'abri sous mon toit

Le service Promotion de la santé de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (C.R.A.M.) Nord-Picardie a réalisé une mallette pédagogique contenant un puzzle sur le thème des accidents domestiques. Ce matériel est destiné à des enfants de 5-7 ans accompagnés d'un adulte. Les auteurs du puzzle insistent sur cet accompagnement par un parent ou un animateur, afin de privilégier un moment d'échange et de discussion.

Ce jeu a été créé à partir de dessins d'enfants. Il se compose de trois planches en mousse lavable, qui représentent la cuisine, le salon et la salle de bains, trois pièces à risque de la maison.

Les dangers de chacune d'elles ont été mis en évidence sur des ronds, éléments mobiles du puzzle.

Le coffret contient aussi un guide pour les adultes et une règle du jeu simplifiée pour l'enfant.

Les auteurs proposent deux façons de jouer. Soit l'enfant remplace les pièces dans les planches en expli-

quant les dangers représentés. Soit il joue au loto: chaque enfant a une planche, les pièces du puzzle sont regroupées au milieu. A tour de rôle, les enfants tirent une pièce et doivent la replacer. Le gagnant est le premier qui a terminé sa planche.

Le déroulement du jeu est bien entendu parsemé d'interventions de l'animateur pour susciter la discussion, les témoignages et les questions des enfants.

C'est un matériel très simple, d'aspect et d'utilisation, ce qui est loin d'être un défaut!

Il est disponible au prix de 275 FF (ça par contre c'est un défaut!) auprès du:

Service Promotion de la Santé, C.R.A.M. Nord-Picardie, allée Vauvan 11, F-59661 Villeneuve d'Ascq cedex, tél. 20.05.60.02. ■

Le stress à l'ordre du jour

Deux documents d'information santé tout public viennent de sortir concernant le stress.

Apprivoisez votre stress



Le service Infor Santé des Mutualités chrétiennes vient de publier un dépliant sur le stress. Le stress utile pour nous permettre de nous adapter à des situations nouvelles mais aussi le stress dangereux qui nous rend malade s'il nous submerge.

Comment tester notre stress? Comment l'aborder franchement pour l'apprivoiser? Voilà les questions auxquelles ce dépliant nous propose de réfléchir. Des exemples, des idées pour prendre le temps de réagir à notre état de stress.

Pour obtenir un spécimen du dépliant et de l'affiche qui l'accompagne, vous pouvez contacter le service Infor Santé, Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, 121 rue de la Loi, 1040 Bruxelles, Tél.: 02/237.48.53.

Diminuez votre stress par la relaxation

La brochure n°19 de la collection "Conseil" des Editions Soumilion traite également du stress et de la



relaxation. Tension et stress sont décodés: causes, conséquences, manifestations. Comment l'éviter, comment se relaxer?

Cette brochure propose une série de conseils et d'exercices de détente simples que chacun de nous peut réaliser.

"Diminuez votre stress par la relaxation" collection conseil n°19, premier trimestre 95, 99 FB, éditions Soumilion, en vente en librairie. ■

Le colis pédagogique 'tabac' de l'OBC

L'Oeuvre Belge du Cancer a réédité son module de prévention du tabagisme, à l'usage des élèves du cycle inférieur de l'enseignement général, technique ou professionnel, soit des jeunes de 12 à 15 ans.

Son objectif est double: renforcer les jeunes non-fumeurs dans leur choix de vie saine en leur donnant des arguments pour résister à la tentation de la première cigarette; amener les jeunes fumeurs à décider d'arrêter en les informant sur les conséquences de la consommation du tabac.

Il est basé sur l'interactivité, les exercices en petits groupes et les jeux de rôle.

Le petit livre pour dire NON

«Petit avertissement: ce livre pour dire NON n'est pas contre les adultes. Ce n'est pas un livre pour devenir un tyran.»

Ouf, nous voilà rassurés.



Ce NON, le magazine pour enfants Astrapi et le Comité français d'Éducation pour la Santé conseillent de l'utiliser «quand on n'est pas d'accord ou quand on ne veut pas faire quelque chose que quelqu'un veut absolument vous obliger à faire».

C'est parfois difficile de dire NON, à un adulte indiscret ou trop caressant, à quelqu'un de violent, aux parents qui se disputent et prennent les enfants à témoin, à des copains qui veulent vous entraîner à faire des bêtises ou qui vous mettent au défi de fumer, aux menaces et à la tentation; c'est aussi très difficile d'oser en parler.

Astrapi veut aider ses jeunes lecteurs à se faire respecter et à avoir confiance en eux et en leurs capacités. Il le fait admirablement bien dans ce petit livre rempli d'humour.

«Et puis quand on sait bien dire NON, on sait mieux dire OUI.»

Le petit livre pour dire NON, Astrapi, Ed. Bayard Presse / C.F.E.S., 1995. C.F.E.S., rue Auguste Comte 2, F-92170 Vanves, France. ■

Le corps humain

Il y a quelques mois, le journal Le Soir publiait dans certaines de ses éditions de très belles planches anatomiques en couleur. On y trouve peu de textes, mais essentiellement des photos et schémas commentés, expliquant le squelette, les muscles, la peau, le cerveau, et les différents

systèmes (nerveux, digestif, circulatoire, etc.).

C'est assez complet, didactique, et surtout d'une très bonne qualité graphique.

Cette mini-encyclopédie est toujours disponible sur commande; il est également possible de commander le classeur accompagnant les planches.

Renseignez-vous auprès de votre libraire préféré! ■

Les cinq sens et le sommeil

L'Office de la Naissance et de l'Enfance publie deux brochures à destination des parents de jeunes enfants, qui peuvent constituer chacune le prolongement d'un module d'animation (1).

Cinq sens pour croquer la vie...

La Chenille Mystérieuse est un module d'animation ayant pour objectif de faire découvrir les cinq sens aux enfants, afin d'optimiser leur développement. Une de ses caractéristiques est



la mise en rapport de chaque sens avec la vie quotidienne.

La brochure «Cinq sens pour croquer la vie...» propose aux parents de développer les potentialités offertes par les cinq sens chez leur enfant, à travers la relation affective qu'ils établissent avec lui. Elle les invite aussi à être attentifs à l'apparition de certains troubles sensoriels et à toutes les petites maladies ou les accidents domestiques qui pourraient entraver le développement de leur enfant.

A propos du sommeil de votre enfant ... et du vôtre

Cette brochure peut être mise en relation avec l'animation «L'Oreiller

Magique». Comme celle-ci, elle vise essentiellement à rendre les enfants et les parents attentifs aux signes de fatigue, aux moyens qui facilitent l'endormissement, et à leur faire comprendre le déroulement et l'utilité du sommeil.

Ces deux brochures ont en commun la qualité du contenu et des illustrations. De belles réalisations donc.

Elles sont disponibles auprès du service Relations Publiques de l'O.N.E., avenue de la Toison d'Or 84-86, 1060 Bruxelles, tél. 02/542.12.11..

(1) Pour plus de renseignements sur ces modules, reportez-vous à Education Santé n°86, 04/94, pp.9-10. ■

Outils de prévention des accidents domestiques

Depuis 1993, Educa-Santé, le service agréé en Communauté française pour la prévention des accidents domestiques et coordinateur du projet Réseau d'Actions Sécurité, répertorie les nombreux outils existant sur ce thème: dossiers pédagogiques, brochures, jeux, vidéos, diapositives, bandes dessinées, livres illustrés, affiches, modules d'animation, etc.

Ces outils ont été réalisés par divers organismes actifs dans la prévention des accidents et l'éducation à la sécurité, issus de la Communauté française de Belgique, de France, de Suisse ou d'autres régions.

Ce matériel, par sa diversité et sa qualité, représente un atout pour ceux qui souhaitent s'engager dans des actions préventives.

Quatre séries de fiches descriptives sont parues à ce jour, dont une tout récemment, soit 65 présentations d'outils utilisables comme support d'une action. Pas mal...!

Chaque fiche décrit l'origine de l'outil, le matériel lui-même, son objectif, ses particularités. Pour une sélection rapide des outils, les fiches sont agrémentées d'icônes repré-

Mais que mangeons-nous?

Un dossier pour promouvoir la santé à l'école primaire

Sa couverture décline le verbe manger: «je mange, tu manges, il mange», avant de lancer la question un ton plus haut: «Mais que mangeons-nous?» Et le dossier de tenter, via les enseignants, d'informer les élèves de l'enseignement primaire sur la notion d'équilibre alimentaire et de les inciter à adopter les attitudes et les comportements adéquats. En annexe, l'exploitation de deux autres thèmes est proposée. Il s'agit de l'activité physique et du tabagisme.

Le dossier-pilote

Les investigations en milieu scolaire visant à réaliser un outil de promotion de la santé sous la forme d'un dossier pédagogique ont débuté en 91-92.

Un dossier-pilote a été soumis aux enseignants de 15 classes de 5e et 6e années primaires. Ce dossier proposait six activités: une concernant la santé globale et l'activité physique, trois consacrées à l'alimentation et deux au tabagisme.

Une évaluation de la «faisabilité» du document a été entreprise auprès des enseignants. Ceux-ci ont trouvé le contenu du dossier en accord avec les nouvelles méthodes d'enseignement. Il s'inscrit dans les activités d'éveil, mais peut être utilisé dans d'autres cours. La matière y est traitée de manière positive et les enseignants n'ont pas dû faire de recherches documentaires particulières. Utiliser le dossier n'a pas perturbé le programme et, enfin, quelques enfants semblent avoir accru leur consommation d'eau et de fruits.

Parmi les suggestions émises, on trouve le recours plus important à un moyen d'expression attractif, telle la B.D., davantage de propositions d'activités pratiques et des pistes pour développer des ateliers enseignants-parents au sein des

écoles. Le test du dossier-pilote a permis d'aboutir au dossier «Je mange, tu manges, il mange, mais que mangeons-nous?».

«Je mange, tu manges...»

Les objectifs généraux du dossier sont d'intégrer l'éducation à la santé, et plus particulièrement l'éducation nutritionnelle, dans l'enseignement primaire et de permettre aux enfants d'acquérir des connaissances, des attitudes et des comportements convergeant vers l'adoption d'une alimentation saine. Le document comprend une partie théorique (groupes alimentaires, besoins liés à l'alimentation, erreurs alimentaires, équilibres, produits allégés) et une partie pratique qui propose aux enseignants une série d'activités à réaliser avec les enfants.

Le dossier couvre les trois cycles de l'enseignement primaire. Les activités de chaque cycle servent de prérequis pour le cycle suivant. On trouve, pour chaque activité, les objectifs, les références au programme qu'elle implique, la préparation requise avant la leçon, le déroulement de l'activité, des exercices et une évaluation afin de s'assurer que la matière a été assimilée de manière satisfaisante et qu'on peut passer à l'activité suivante.

Premier cycle

De manière très générale, les objectifs poursuivis au long du premier cycle sont les suivants: une meilleure connaissance des aliments (découverte et manipulation) et l'ébauche des groupes alimentaires.

Pratiquement les activités consistent en:

- classements d'aliments (les fruits-les légumes, les aliments qui se conservent longtemps et ceux qui ne se conservent pas, les aliments d'origine animale et ceux d'origine végétale);
- la réalisation d'un jeu de lotto;
- la réalisation d'une recette, activité qui permet d'aborder de ma-

nière fonctionnelle des activités de lecture, d'écriture, de mathématiques (peser, partager);

- la dégustation d'aliments dans le but d'éveiller le goût;
- la revalorisation du pain aux yeux et au palais des enfants.

Deuxième cycle

Les objectifs comprennent l'apprentissage des groupes alimentaires et de l'équilibre alimentaire d'une journée, ainsi que l'installation d'habitudes alimentaires saines.

Pratiquement, on trouve au nombre des activités:

- une activité autour des collations de dix heures;
- la réalisation d'un jeu de l'oie (comportement positif, le joueur progresse sur le plateau; comportement négatif, il recule);
- à partir de la BD, la mise en évidence de comportements à corriger. Les enfants sont invités à proposer des conseils afin de rectifier des comportements pas tout à fait adaptés;
- la conception des menus pour une journée, le repas de midi étant fixé.

Troisième cycle

Il s'agit de parfaire les connaissances acquises lors des cycles précédents et d'établir le lien entre l'alimentation et les besoins du corps; ensuite, d'équilibrer la semaine.

Pratiquement, les activités sont:

- à partir de la lecture des étiquettes de produits alimentaires, la découverte de la notion de nutriments et du lien entre les besoins du corps, les nutriments et les groupes alimentaires;
- l'établissement des menus pour une semaine en tenant compte des notions acquises. Lorsqu'il y a une cantine scolaire au sein de l'école, les menus y sont réalisés. Sinon, un pique-nique est suggéré en guise de mise en pratique.

Activités complémentaires

Le dossier pédagogique aborde également les thèmes de l'activité physique et du tabagisme.

Pour le premier, le dossier propose, et ce pour chaque cycle, des pistes d'activités pratiques.

Pour le second, seul le troisième cycle est concerné. Si l'âge-cible se situe vers 11 ans, c'est qu'au-delà, précisément, la proportion de jeunes fumeurs augmente.

Là aussi, des pistes d'activités sont envisagées (analyse de pubs, jeux de rôles, réalisation d'enquêtes, interview d'un médecin, réalisation d'une affiche, etc).

Evaluations

Une évaluation préalable (début du premier cycle) comprend trois parties:

- une première à compléter par l'enseignant. Elle permet de déterminer les collations de 10 heures consommées par les enfants;
- un questionnaire à compléter par les parents. Il apporte des précisions concernant les attitudes et

les comportements de l'enfant en matière d'activité physique et d'alimentation;

- un questionnaire à compléter par les enfants en vue de préciser leur niveau de connaissances.

A la fin de chaque cycle, deux questionnaires sont à nouveau proposés (l'un à compléter par l'enseignant, l'autre par les enfants). Ils permettront de préciser et de mesurer les changements au niveau des connaissances, des attitudes et des comportements.

Participation des écoles

L'exploitation du dossier a débuté en 1992-1993. Dans un premier temps, sa zone de diffusion s'est accordée aux contours de la région ciblée par l'opération de promotion de la santé cardiovasculaire Promocentre.

Cent quatre écoles (tous réseaux confondus) sont présentes dans celle-ci.

La première année, 105 classes du premier cycle ont commencé à travailler sur base du dossier.

En 1993-1994, elles étaient 126 à commencer ou à poursuivre leur action en éducation à la santé, toujours pour les années du premier cycle de l'enseignement primaire.

Cette année scolaire 1994-1995, le dossier pédagogique a été proposé aux enseignants et élèves du deuxième cycle.

Dans la zone cible, les évaluations sont récoltées et étudiées à l'Observatoire de Santé en Hainaut. Un retour de l'information est évidemment prévu pour les écoles. Les résultats de ces évaluations feront, du moins l'espérons-nous, l'objet d'un prochain article.

Depuis quelques mois, l'exploitation du dossier pédagogique s'est étendue au-delà des limites définies par le programme de promotion de la santé cardio-vasculaire Promocentre.

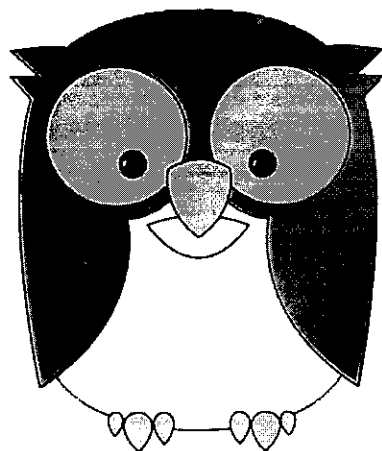
Karine De Jonghe, Véronique Janzyk, Observatoire de Santé en Hainaut

Renseignements auprès du service d'éducation à la santé de l'O.S.H., Dr B. Toubeau, K. De Jonghe, rue Saint-Antoine 1, 7021 Havré. Tél.: 065 87 27 00, poste 571. ■

10 ans de prévention des accidents domestiques de l'enfant en France

L'approche des élections présidentielles françaises aura été profitable à ceux qui consacrent leurs efforts à la prévention des accidents de l'enfant, puisqu'elle aura été l'occasion de ce colloque inscrit dans le Contrat Santé pour l'Enfance présenté en mars 1995 par Philippe Douste-Blasy, Ministre délégué à la Santé.

Ce regain d'intérêt pour le problème des accidents de l'enfant est d'ailleurs plus que justifié quand on sait qu'en France, chaque année, 500 enfants de moins de 15 ans décèdent d'un accident de la vie cou-



rante et que plus d'un million consultent un médecin. Comme chez nous, ces accidents représentent la première cause de mortalité et de morbidité chez les enfants de moins de 15 ans.

Ce colloque intitulé "De l'observation à l'action", qui s'est déroulé à Paris le 4 avril dernier, voulait faire le point sur les actions de prévention menées en France depuis une décennie.

Le bilan est positif puisqu'on note que de plus de 1.000 enfants de moins de 15 ans morts par accident

Les écoles francophones du Réseau Européen

Wattrelos, 12 mai 1995

«J'y ai même rencontré des élèves heureux...»

Pour leur première journée de rencontre des écoles francophones du Réseau Européen des Ecoles en Santé, les organisateurs ont choisi le lycée A. Savary de Tourcoing. Et ils n'ont pas eu tort...

Construit il y a 6 ans, ce bâtiment moderne, accueillant, lumineux est resté dans un état impeccable. De plus, Monsieur José Rémy, le proviseur de cet établissement, a su insuffler une ambiance, un esprit. Tout comme pour cette journée du 12 mai 95.

Nous nous limiterons dans le présent article à reprendre les éléments dominants de cette rencontre en passant très rapidement sur les messages de remerciements encourageant des différentes personnalités ou responsables:

- Madame Viviane Delegher et Monsieur André Lufin de la Croix-Rouge de Belgique;

- Monsieur Webber du Réseau Européen d'Ecoles en Santé français;
- Monsieur Jos Draijer de la Communauté européenne;
- Monsieur le Recteur de l'Académie de Lille.

Quand j'ai un problème, j'en parle d'abord à un de mes «potes»

Suite à une présentation synthétique de l'évolution du projet «Ecole en santé» tant du côté français que belge, les participants ont écouté avec passion une expérience menée par la ville de Mouscron. Dans le cadre de la lutte contre l'exclusion sociale, un programme de formation d'adolescents relais a été mis sur pied. Ecoute, dynamique de groupe, mise en relation avec les différents services sociaux... Cette formation se veut avant tout concrète, pour permettre aux jeunes relais de jouer le rôle de lien entre les autres adolescents et les services d'aide.

Les conclusions de ce projet rejoignent celles tirées dans le cadre de l'expérience menée au lycée Savary et relatée avec brio par cinq de ses élèves délégués de classe et relais dans leur établissement.

«Quand un jeune a un problème, il en parle d'abord à un autre jeune, parfois à ses parents et très rarement, pour ne pas dire jamais, à un professeur.» Grâce à la formation et au suivi organisé par le lycée Savary, les élèves relais peuvent être à l'écoute des problèmes de leurs condisciples, et faire le lien avec les professionnels (enseignants ou autre) et parfois avec les parents.

Promouvoir l'éducation à la santé à l'école, c'est avant tout travailler au bien-être des élèves... C'est dans ce cadre qu'on peut affirmer que les maîtres mots de la journée du 12 mai 95 ont été: formation, suivi, échange d'expériences, enthousiasme...

Guy Delobel, responsable Infor Santé Tournai

Environnement - Santé - Consommation

Trois journées de rencontre pour les acteurs de l'éducation dans ces trois secteurs se sont déroulées à La Margagne, les 11, 12 et 13 mai.

Les objectifs étaient d'échanger sur les contenus et les méthodes, de décloisonner les approches pour arriver à une démarche globale qui intègre l'environnement, la santé et la consommation, et de susciter des collaborations durables, notamment en constituant un réseau des réseaux...

Une bonne centaine de participants ont répondu présents, avec une représentation majoritaire du secteur de l'environnement.

Echanger

Des ateliers interdisciplinaires, des animations théâtrales, des repas et rencontres informels, les occasions d'échanger étaient nombreuses. Les participants ont apprécié la convivialité, l'ambiance détendue et l'occasion de découvrir de nouveaux horizons.

On se découvre, on se parle et on a envie de se rencontrer à nouveau, voilà

une dynamique qui s'enclenche et un premier objectif atteint.

Décloisonner

Pas toujours évident de décloisonner! Les traditions et méthodes des uns et des autres ne sont pas les mêmes et cela s'est particulièrement fait sentir entre le secteur santé et celui de l'environnement. Nos besoins de rigueur, d'objectifs précis et d'évaluation ne trouvent pas toujours écho auprès des autres acteurs pour qui la convivialité, le plaisir d'être ensemble et le bonheur de vivre sont parfois le leitmotiv de leurs actions.

L'explication se trouve peut-être dans nos racines scientifiques et médicales qui ne sont pas les mêmes que celles de l'écologie et de l'environnement.

Mais n'accentuons pas seulement les différences! Le plaisir de travailler ensemble lors des ateliers aura certainement pour effet l'envie de travailler ensemble dans d'autres occasions.

Un réseau des réseaux?

Oui mais pour quoi faire? Tous les participants semblaient preneur de cette idée d'échanger par delà les différences. Les mots-clés de ce réseau sont: échanges, communication, acteurs, convivialité, évaluation et interpellation des pouvoirs. Mais de quelle manière échanger et pour quoi faire? La question n'est pas résolue. Quelques propositions concrètes ont été formulées mais n'ont pas été formellement retenues: la rédaction d'une charte de bonne conduite des professionnels des trois secteurs, la mise en relation des centres de documentation et l'interpellation des pouvoirs publics.

Sans consensus sur la suite, les acquis sont cependant là: la préparation des journées ont été prises en charge par les trois secteurs, les rencontres se sont déroulées avec succès et les actes seront bientôt disponibles ainsi qu'une liste des participants. Ceux qui le souhaitent n'hésiteront pas à contacter d'autres intervenants. Pour la suite, les organisateurs de ces journées dessineront peut-être un avenir...

Notre bilan...

Super. Nous avons investi énormément de temps: des week-ends, des périodes de congé scolaire pour pouvoir tout réaliser. Nous avons fait en sorte d'avoir le plus de monde avec nous pour mener à bien le projet: des élèves, des professeurs, ... Cela n'a pas toujours été facile, nous n'étions pas toujours d'accord. Mais nous nous sommes réparti le travail en demandant chaque fois

l'avis des autres. Au total, il y avait beaucoup de solidarité, cela a soudé notre classe et nous avons le sentiment d'avoir fait quelque chose d'important. Nous savons que le local d'infirmerie a déjà été utilisé à plusieurs reprises. Une élève nous a déjà remerciés: elle s'était coupée et elle a pu être soignée correctement grâce à notre travail.

Notre directrice nous a également félicités pour notre réussite au concours.

Nous espérons aussi obtenir le petit budget nécessaire pour mener à terme les actions entreprises

Et puis, ce n'est pas fini, avec le prix que nous avons gagné, nous allons faire un séjour tous ensemble pour fêter cela!

Hélène, Germaine, Naoual, Habiba, Omnya, Yasmina, Youssef et Fatima et leur prof, Françoise Gennart

(propos recueillis par Bernadette Taeymans) ■

Culture et prévention santé

Tel était le beau sujet au programme d'une journée organisée le 3 mai dernier par le Service de l'Education Permanente de la Communauté française (Direction Générale de la Culture et de la Communication).

Cette journée s'inscrivait dans un cycle de six rencontres portant sur les rapports entre la culture et un ensemble de questions de société où les organisations d'éducation permanente se montrent très actives.

La matinée a été consacrée à trois interventions illustrant chacune un aspect intéressant de la question.

Geneviève Houioux (Ecole de Santé Publique ULB) a d'abord fait un survol historique des débuts de l'éducation sanitaire au milieu du XIXe siècle jusqu'à la promotion globale de la santé d'aujourd'hui, rappelant au passage les trois modèles qui ont dominé l'après-guerre: l'approche préventive bio-médicale dans laquelle l'individu est objet de prévention; l'approche pédagogique psycho-affective avec un 'apprenant' sujet; l'approche communautaire socio-politique où les gens sont des acteurs de changement.

Jean Laperche (médecin généraliste à la Maison médicale de Barvaux) mettait en avant l'importance du facteur humain et de l'écoute du médecin de famille dans la négociation qu'il a avec le patient quand il s'agit de décider en

semble de mesures préventives. Un récit s'appuyant sur une série d'anecdotes dont les patients étaient les vedettes, illustrant bien la conception générale que le conférencier a de son art, aux antipodes d'une médecine de haute technologie quelque peu déshumanisée.

Thierry Poucet (journaliste à "La santé et les jours") affirmait quant à lui que les publications d'éducation permanente, dépendant souvent de subside officiels, bénéficient en réalité d'une plus grande liberté que les supports financés en tout ou en partie par la publicité. C'est particulièrement vrai dans le domaine de la santé: vous aurez du mal à trouver des textes un tant soit peu critiques à l'égard de l'industrie pharmaceutique dans la presse médicale belge... Il a utilisé une formule heureuse en disant que la communication moderne a tendance à privilégier l'éblouissement (de l'individu exposé aux messages) à l'éclairage des mécanismes sociaux, ce qui est la fierté légitime de la presse non-marchande, notamment mutualiste.

L'après-midi était consacré à des ateliers, un peu mornes vu le faible succès de participation à cette journée, une cinquantaine de personnes à tout casser. C'est dommage, car le programme, dû en partie à l'asbl Question Santé, était de qualité.

Christian De Bock

La prévention en affiches

A l'occasion de cette journée, une exposition d'affiches d'éducation pour la santé, sélectionnées par Question Santé et le CARHOP (Centre d'Animation et de Recherche en Histoire Ouvrière et Populaire) était montrée pour la première fois.

L'exposition offre un rapide survol d'un siècle de messages de prévention, terrifiants ou non, colorés ou non, qui nous permettent d'observer comment le même genre de thème a pu être abordé tout au long du XXe siècle, qu'il s'agisse d'alcoolisme, d'hygiène corporelle, de MST ou d'autres problèmes de santé.

Une initiative très intéressante, qui mérite une large diffusion à laquelle Education Santé espère collaborer dans les prochains mois.

Une exposition à construire, aussi. Donc, si vous possédez dans vos archives l'une ou l'autre vieille affiche, n'hésitez pas à le signaler à Chantal Hoyois (Question Santé). Elle ne vous en privera pas, mais en réalisera une reproduction de qualité, qui permettra à un large public d'apprécier vos trésors!

Cette exposition pourra sans doute circuler en Communauté française dès la rentrée.

en 1983, on en est à 500 en 1993, alors que la mortalité générale n'a diminué que de 30 à 40 % suivant les tranches d'âge.

Il nous est rappelé la complexité stratégique de la promotion de la sécurité qui combine des approches législatives et réglementaires à des approches éducatives et communicationnelles.

C'est dire l'importance du décloisonnement, dont un bel exemple nous est donné puisque les organisateurs sont le Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, le Ministère de l'Economie, la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs salariés et le Comité Français d'Education pour la Santé.

Des leçons à tirer

Plus de chiffres

Dans le souci d'améliorer la qualité et la sécurité des produits responsables d'accidents et d'adapter les programmes de prévention, un système de recueil des données appelé EHLASS (European Home and Leisure Accident Surveillance System) fonctionne depuis 1986 dans soixante hôpitaux européens, dont 7 sont situés en France et 4 en Belgique.

Ce système est géré en France par la Direction Générale de la Santé qui est chargée à la fois de la conduite technique du projet et des exploitations statistiques, globales et thématiques. Depuis 1986, pas moins de 54 fascicules thématiques ont été élaborés en plus des rapports annuels. Des études comparées des brûlures de l'enfant et des accidents sur les aires de jeux, permettent d'en suivre l'évolution depuis 1987.

Parallèlement, la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés a recensé entre 1987 et 1992, 14.000 accidents parmi une population de 114.000 enfants âgés de moins de 17 ans. Cette enquête a permis d'estimer une fréquence accidentelle de 12 accidents de la vie courante pour

100 enfants. Cette enquête de la CNAM a le mérite de décrire précisément les circonstances de survenue de ces accidents pour mieux les prévenir.

La conjonction de campagnes éducatives et de mesures législatives

Selon le Baromètre Santé 1993-1994 réalisé et édité par le CFES, la hiérarchie des risques ou des maladies que craignent les Français n'a pas évolué depuis 1992. Les accidents de la circulation viennent toujours en première position. Les accidents du travail et les accidents domestiques viennent en 5e et 6e positions après les cancers, les maladies cardiaques et le sida.

Pire, chez les médecins généralistes, les accidents arrivent en huitième position comme thème prioritaire de prévention pour améliorer la santé des Français, alors que les traumatismes sont avec les maladies transmissibles, la première cause de mortalité évitable dans le monde.

Ces constats soulignent bien la quotidienneté des accidents et leur banalisation. L'évolution des mentalités et la progression de l'utilisation des systèmes de protection, comme par exemple ceux des enfants en voiture, ont porté néanmoins leurs fruits. Ce résultat a été sans doute obtenu grâce à la conjonction à la fois des campagnes d'éducation et de l'application de la réglementation.

Deux priorités devraient donc guider les responsables de santé publique dans leurs choix stratégiques futurs pour la prévention des accidents et des traumatismes:

- l'efficacité des mesures prises en terme de mortalité et la complémentarité entre les stratégies actives et passives;
- l'impact de ces dispositions auprès des publics les plus touchés que sont les jeunes et les populations en difficultés sociales et psychologiques.

Un outil au service du consommateur

La Commission de la Sécurité des Consommateurs a été mise en place en 1985. Pour rappel, en Belgique, c'est cette année seulement que la Commission s'installera.

Elle a pour mission la prévention des risques de la vie courante liés à l'utilisation de produits et services. Toute personne physique ou morale, les administrations compétentes, les autorités judiciaires, peuvent saisir la Commission en cas de risque ou d'accident lié à l'utilisation d'un produit ou service de consommation pour éviter la persistance de ce risque ou le renouvellement de cet accident.

Au terme de 10 années de fonctionnement, 230 avis ont été rendus dans les secteurs de l'habitat et de l'électroménager, des produits, des jouets et de la puériculture, des loisirs et des transports.

Des réglementations sont sorties: sur l'équipement des aires de jeux, le matériel de puériculture, les portes de garage et d'ascenseur, et l'intégration dans les produits dangereux d'une substance en rendant le goût très amer.

Toutes les démarches n'ont pu aboutir, comme par exemple la lutte contre les brûlures par le contrôle de la température de l'eau dans les logements, par la diminution de la température de contact des vitres de four ou encore la conformité des installations des aires de jeux.

L'espoir est dans une coopération grandissante avec les entreprises dans une visée de mesures volontaires.

Faisant suite aux recommandations de la C.S.C., la Direction générale de la consommation et de la répression des fraudes a pris près d'une cinquantaine de mesures d'urgence à l'encontre de produits dangereux ou susceptibles de l'être. On peut citer les jouets, les sièges d'enfants, les poussettes-cannes, les produits alimentaires pour enfants...

Ces mesures ont d'autant plus d'efficacité qu'elles sont suivies d'effets

en cas d'infraction. Les tribunaux français apparaissent comme très sévères dans ces affaires puisque les sanctions peuvent aller de 10.000 FF à 250.000 FF.

Des ponts à jeter

Actions de prévention en Protection Maternelle et Infantile

Dans le cadre des campagnes de prévention des accidents de l'enfant, le service de P.M.I. de la Seine-Maritime a choisi d'insérer dans le carnet de santé des nouveau-nés un document de conseils sur la sécurité.

En utilisant le carnet de santé comme support d'information, l'intention était double: d'une part atteindre tous les parents et les sensibiliser à la sécurité par le biais des acquisitions psychomotrices et des risques qui leur sont liés, d'autre part fournir aux médecins un support, un outil de sensibilisation.

Afin de vérifier si les objectifs ont été atteints, une enquête descriptive a été réalisée auprès de 116 familles.

Une des pistes à poursuivre est la participation effective des médecins.

A mettre en parallèle avec les très intéressantes fiches d'observation du comportement de l'enfant réalisées par le service Education pour la Santé de l'O.N.E. et utilisées par le T.M.S. avec les parents. Une procédure d'évaluation de l'utilisation de ces fiches avait également été entamée.

Les mamans "chouettes", actrices de santé

Quand en 1992 la Caisse Nationale d'Assurance Maladie a proposé de développer un projet expérimental de prévention des accidents domestiques sur un quartier, le choix de la Caisse Primaire d'Assurance-Maladie de Valenciennes s'est porté sur le Faubourg Duchateau à Denain, arrivé au terme de 10 années de Contrat de Développement Social Urbain.

Trois axes se sont rapidement dessinés:

- la mobilisation de l'Education nationale et du lycée jusqu'à en faire un lieu fédérateur et formateur aussi bien pour les professionnels que les travailleurs sociaux ou les habitants;

- l'implication progressive des professionnels de santé dans la récolte de données comparatives et dans la sensibilisation des mamans;

- la mobilisation des habitants jusqu'à la prise en charge des actions et d'un projet propre.

Dix mamans se sont regroupées autour du thème de la santé et de la sécurité, en prenant comme symbole de représentation "la chouette" nationale. Elles se positionnent comme relais santé auprès de la population et sont soutenues par le réseau de professionnels.

A mettre en parallèle avec l'approche communautaire du R.A.S. (Réseau Actions Sécurité) et plus particulièrement avec le groupe de pilotage de Belgrade (Namur) où les habitants ont eux-mêmes mené l'enquête sur les accidents des enfants dans leur commune.

De l'école au quartier

Toujours dans le cadre du financement par la C.N.A.M., la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Sarthe (Le Mans) a choisi le quartier des Sablons pour y constituer une équipe porteuse de projets. Les premiers à répondre à l'appel ont été les enseignants.

La méthode de travail proposée leur permettant de choisir leur mode de participation, chaque équipe éducative a toute liberté pédagogique pour transmettre le message de prévention aux enfants et y associer les parents. A titre d'exemple, dans les classes maternelles d'une école, une petite cuisine a été construite par des parents d'élèves et des enseignants.

Dans une classe du primaire, les élèves ont élaboré un questionnaire "moi, à la maison, j'apprends la sécurité, et toi?" destiné à l'ensemble des élèves du même niveau des autres écoles (soit 6 écoles, 450 élèves).

A mettre en parallèle avec les projets en cours dans les écoles communales de Berchem-Sainte-Agathe (Bruxelles) et Havré (Mons).

En milieu agricole

La Mutualité Sociale Agricole a réalisé un dossier constitué de fiches techniques proposant trois étapes de prévention aux enfants, parents, enseignants: la connaissance du risque, sa perception et enfin sa maîtrise.

A relever, l'implication de l'enfant dans une démarche active: l'enfant est convié à un voyage au cours duquel il accompagne le petit robot "Sécurito" venu de la planète "Sans risque" et tente de l'éduquer en lui montrant les risques de notre planète et en formulant des conseils de sécurité.

A mettre en parallèle, avec la démarche du Docteur Gourdin, du Service de Santé de l'Agriculture Wallonne, qui propose à la fermière d'assumer la responsabilité de la sécurité de l'exploitation agricole. Des formations sont organisées.

Des perspectives européennes

Grâce aux accords de Maastricht, la protection et la sécurité des consommateurs devraient s'enrichir, puisque l'harmonisation des réglementations et la mise en oeuvre d'actions spécifiques complémentaires à des politiques nationales sont prévues.

On retiendra en particulier la réglementation portant sur les jouets.

Il est à noter que le Service des Politiques des Consommateurs est maintenant une Direction Générale à part entière qui gère, outre la direction des produits, la coordination des aspects horizontaux des normes européennes et la coordination du système EHLASS.

Martine Bantuelle

Pour toutes informations complémentaires: Educa-Santé, 1b avenue Général Michel, 6000 Charleroi. ■

La sécurité dans notre école

Midi à l'entrée de l'Institut des Filles de Marie. Les élèves de 5e Technique Assistance en Pharmacie sont là pour m'accueillir et me parler de leur projet «Sécurité à l'école». Ils sont huit et ont gagné la quatrième édition du Concours santé organisé par les étudiants infirmiers sociaux de l'ULB (cf. Education Santé n°97). Françoise Gennart, leur professeur de pharmacie les a accompagnés dans cette aventure.

Aujourd'hui, ils racontent l'histoire de leur projet.

Choisir le problème de santé

«Au début, il a fallu choisir le sujet que nous allions traiter. C'était difficile à cerner. Nous avons parlé de la drogue, de la cigarette,... Mais on n'avait pas envie de faire quelque chose dans ce domaine. Faire un prospectus ou quelque chose sur ce sujet, ça ne sert à rien: ce n'est pas pour ça que ceux qui consomment vont s'arrêter. Tout de suite aussi, nous avons eu l'idée de traiter des premiers soins parce que cela a un lien avec nos cours, et surtout parce que cela concerne tout le monde, professeurs et élèves, et que nous avons le sentiment que nous pourrions changer quelque chose dans l'école. Nous savions aussi qu'il y avait de temps en temps des petits accidents sans qu'il y ait vraiment quelque chose de prévu pour y faire face.

Analyser la situation

Nous avons commencé par faire un inventaire de la situation. Afin de mieux cibler les risques qui peuvent survenir à l'école, nous avons consulté auprès de Madame Druine, qui s'occupe de la déclaration d'accident, la liste des accidents déclarés au cours de l'année 1994. Nous avons été impressionnés par le nombre de petits accidents qui surviennent dans notre école, surtout en salle de gym, en couture, en cuisine et en labo de sciences.

Nous avons également fait l'inventaire des moyens déjà disponibles:

un local d'infirmerie situé au troisième étage (sans ascenseur et sans matériel!), l'une ou l'autre trousse de secours insuffisamment équipée, seulement l'une ou l'autre personne ayant quelques notions de secourisme.

Nous avons aussi appris qu'une école de plus de 400 élèves doit avoir une infirmerie.

Nos objectifs

Nous voulions changer quelque chose dans l'école: que les élèves puissent recevoir les premiers soins dans de bonnes conditions, qu'ils soient sensibilisés au problème des accidents pour les prévenir. Nous voulions aussi que les professeurs sachent réagir efficacement lors d'un accident.

Pour cela, nous avions plein d'idées: aménager un local d'infirmerie agréable et accessible, disposer des trousse de secours à différents endroits dans l'école, former des élèves au secourisme, informer les professeurs sur la manière de réagir lors d'un accident, informer les élèves sur la manière de prévenir les accidents. Cela faisait plein de choses possibles et nous ne savions pas par quoi commencer. Nous avons eu un moment de découragement mais...

Ce que nous avons réalisé

Nous avons suivi un après-midi de formation en premiers soins. Patricia Schaak, notre animatrice, nous a mis chacun devant des situations d'accidents courants où nous devions apprendre à réagir correctement. Nous avons beaucoup ri parce qu'à tour de rôle, nous avons chacun simulé un accident: une fracture par exemple, et les autres devaient réagir avec le matériel qu'on avait sous la main. On a appris ainsi à se débrouiller, on a commis des erreurs (utiliser un essuie-sale pour protéger une plaie!) mais on a beaucoup appris. Cet après-midi de formation nous a redonné courage pour avancer dans notre projet.

Au total, nous avons réalisé plein de choses et ce n'est pas fini!

- Nous avons aménagé un local d'infirmerie qui se trouve au rez-de-chaussée près de l'entrée. Nous avons tout fait: peindre, choisir le tissu des tentures, trouver le matériel d'ameublement nécessaire (un lit, une armoire, un fauteuil, une table,...), réunir le matériel de soins nécessaire.

- Nous avons réalisé une dizaine de trousse de secours: elles ne sont pas toutes complètes encore car nous attendons toujours un budget pour acheter ce qui manque. Ces trousse se trouveront un peu partout dans l'école et les locaux à risques. Chaque année, les élèves de notre option s'occuperont de l'entretien de l'infirmerie et de la mise en ordre des trousse de secours.

- Nous avons fait des panneaux qui sont affichés dans toute l'école: des panneaux pour indiquer l'infirmerie, d'autres pour indiquer la trousse de secours la plus proche, d'autres encore pour expliquer les pictogrammes qui se trouvent sur les produits dangereux. Nous avons été déçus parce qu'après quelques jours quelques panneaux avaient été arrachés! Mais nous en avons remis.

- Nous avons réalisé deux fascicules différents: l'un pour les élèves sur «que faire pour éviter les accidents?», l'autre pour les professeurs sur «que faire face à un accident?». Nous les avons donnés à quelques élèves et professeurs pour qu'ils les testent et qu'ils nous donnent leur avis. A partir de leurs réactions, nous les modifierons si nécessaire. Notre objectif est de distribuer le fascicule à tous les élèves en début d'année scolaire.

- Normalement, chaque année un cours de secourisme sera organisé pour les élèves de 5e qui le souhaitent. 25 élèves sont déjà intéressés et suivront le cours au début prochaine année scolaire.

AGENDA - ACTUALITE - INFO

Vous avez des petites annonces, info de devant ou de derrière les fagots ? Glissez un mot...

- du 29/05 au 2/06, à Schaerbeek, semaine de prévention des accidents domestiques à l'Ecole Chazal, à l'initiative du groupe de pilotage de Schaerbeek, avec le soutien de la Cocof. Animations centrées sur la roulotte illustrant les dangers de la cuisine. Info: CLC de Bruxelles, 02/512.41.74
- du 6 au 9/06, à Berchem-Ste-Agathe, présentation des réalisations de prévention des accidents des écoles communales. Info: Mme Paternote, 02/464.04.49
- le 25/06, à Bruxelles-Ville, place Ste-Catherine, journée de prévention des accidents domestiques organisée par les Equipes populaires. Présence des roulottes de l'Autre Cirque, avec le soutien de la Cocof
- les 23 et 24/09, à Auderghem, au Rouge-Cloître, dans le cadre de la Fête des Enfants, week-end de prévention des accidents domestiques. Présence des 3 roulottes de l'Autre Cirque, avec le soutien de la Cocof
- du 8 au 15/10, en Belgique, semaine nationale de prévention incendie organisée par l'ANPI, la FNGAB, les pompiers, le KVIP et Educa-Santé. Info: Leen De Vreese (ANPI), 010/47.52.91



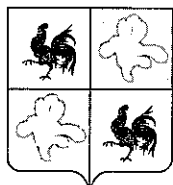
Participez

Afin que le journal soit l'écho pertinent, grave ou drôle mais surtout juste de ce que vous réalisez, de ce qui vous fait sourire, rugir, réfléchir, ... dites et racontez - "La Santé à bonne école", Question Santé, 72 rue du Viaduc - 1050 Bruxelles. N° de tél.: 02/512 41 74 - N° de fax : 02/512.54.36.

La CE soutient l'autre Cirque; grâce au soutien du Service Politique des Consommateurs de la Commission Européenne, l'Autre Cirque propose deux nouvelles roulottes entièrement équipées en matériel d'animation ludique et pédagogique. Les thèmes traités sont la prévention des intoxications (médicamenteuses et chimiques) et des accidents de sports.

Pour info : Martine Bantuelle - Educa-Santé : 071/30 14 48 ou Philippe Bergé - Question Santé : 02/512 41 74.

Avec le soutien de la COCOF



et de la CE



La santé ... à bonne école

N° 3 - 3^{ème} trimestre scolaire 1994-1995

Sommaire

DOSSIER : les accidents domestiques
Angle d'approche
Outils

Intersection

Une fructueuse
collaboration entre un
enseignant et une
infirmière

Vous avez testé
L'Ecole du Risque

Gros plan sur...
Le RAS

Agenda - Actualité - Info

Secrétariat de rédaction :
Patricia Thiébaud

Graphisme : Carine Simon

Ont collaboré à ce numéro :
Christian De Bock (Education
Santé), André Lufin (Croix-Rouge de
Belgique), Martine Bantuelle
(Educa-Santé) et toutes les infirmières
qui nous ont contacté ou écrit.

Réalisation:



L'asbl Question Santé
est soutenue par la
Communauté Française



Editeur responsable : B. Lambrechts, 72
rue du Viaduc - 1050 Bruxelles.

Editorial

La Santé à Bonne Ecole vous invite pour ce troisième numéro à explorer le thème des accidents domestiques. Comme pour les numéros précédents, nous avons glané et consigné vos expériences. Et ce sont ces conversations ponctuées d'interrogations, de certitudes, parfois de réel parti pris, que nous vous présentons. Des conversations où le sérieux, le pragmatisme s'imposent toujours de prime abord mais où pointe régulièrement un sourire en coin, une réplique ironique, un zeste de sarcasme.

Au fil de nos rencontres, nous avons trouvé confirmation que les grands discours théoriques irritaient plus d'une d'entre vous et qu'à ceux-ci vous préféreriez les mots de tous les jours. Ceux-là même qui vous accompagnent sur le terrain. C'est dans cet esprit, celui des précédents numéros, que nous avons désiré développer le thème des accidents domestiques sous forme d'un dialogue. Dans la rubrique Intersection, nous laissons cette fois la parole à un enseignant qui nous raconte sa collaboration avec une infirmière scolaire.

Est-il utile de vous rappeler que cet espace vous appartient et que ce sont vos expériences, vos avis et vos préoccupations qui lui donnent corps. N'hésitez pas à nous les communiquer.

Angle d'approche

Fatalité. Absence de vigilance des parents. Le verdict est tombé: dossier classé.

Pourquoi donc la communauté éducative se sentirait-elle interpellée?

Qui d'entre nous n'a pas dégringolé quelques marches d'escalier, ne s'est brûlé les doigts?

Ni mort, ni blessé. Juste un peu plus aguerris: la découverte de son environnement ne passe-t-elle pas par ces inévitables «petits bobos»?

Sans vouloir ébaucher un scénario catastrophe, le thème

des accidents domestiques n'est pas toujours considéré à sa juste valeur.

D'ailleurs nos deux complices, en creusant ce sujet,

échantent réflexions et plans d'action qui en disent long...

- C'est incroyable ! Presque fier de me montrer son sparadrap au genou... Alors que dans sa chute, il aurait pu se casser le cou! Et tout cela s'est déroulé chez lui, parents présents...

- Tu sais, s'il t'avait raconté sa mésaventure en classe, devant les autres enfants, tu aurais eu une bonne énumération d'exemples d'accidents domestiques. Ils auraient surenchéri. Chutes, brûlures, électrocutions, débuts d'incendie à la maison,...

- Ils en rajoutent toujours un peu...

- Non, je crois qu'ils parlent juste. Les adultes sont moins enclins à raconter maladroites et distractions. Les enfants eux racontent ce qui s'est passé, les risques graves qu'ils auraient pu encourir. Ils sont très lucides. Ils ne minimisent pas ce qu'ils ont vécu. Un adulte préfère toujours parler d'incident. Un incident qui sera très vite relégué aux oubliettes.

DÉFINIR

- Soyons quand même précis. Qu'entendons-nous au fait par accident domestique? Et quels chiffres avancent les études épidémiologiques?

- Mais que faire d'une définition? Moi, je constate: il y a des enfants qui, sans avoir le crâne défoncé, sont exposés à des dangers parfois énormes. Cela, ce sont, pour moi, des faits contre lesquels il faut agir. Et, s'ils ont un doigt écorché: cela s'appelle de la chance. Quant aux chiffres... J'émet les réserves habituelles en plus de cette question: est-ce qu'ils peuvent seulement t'indiquer le nombre de gosses qui récidivent?

- Une chose à la fois. Là, j'ai une définition d'EHLASS (Cf. encadré) et des chiffres intéressants qui témoignent effectivement de l'importance des accidents à domicile. En excluant les accidents de la

Qu'est ce qu'un accident? définition d'EHLASS

(European Home and Leisure Accident Surveillance System)

Tout événement indépendant de la volonté humaine, caractérisé par la libération soudaine d'une force extérieure qui peut ou non atteindre une personne et qui incite celle-ci à solliciter un examen médical, indépendamment de l'atteinte portée au corps et à l'esprit.

Répartition des accidents en Belgique pour l'année 1991 (Source EHLASS)

Domiciles:	48,4 %
Aires de sports:	14,3%
Zones de transport:	10,7%
Ecoles:	10,5%
Non déterminé:	7,1%
Aires de Loisirs:	4,5%
Autres lieux:	2,3%
Magasins:	2,0%
Sites agricoles:	0,3%

Quel âge ont les victimes ?

(Source d'après EHLASS dont les données relèvent de 4 services d'urgence d'hôpitaux belges)

Pour 1992, 5494 enfants de 0 à 14 ans ont été victimes d'accidents domestiques:

126 enfants de moins de 1 an
1786 enfants de 1 an à 4 ans
3582 enfants de 5 ans à 14 ans révolus

GROS PLAN SUR...

Vous croiserez peut-être sur les routes de notre Communauté française d'étranges roulottes dont les forains seront... des infirmières ou des pompiers. Vous avez vaguement entendu parler d'un chapiteau, d'une Ecole du Risque, de groupes de pilotage. Et toujours sous l'égide de ce sigle: RAS. Si pour vous, cette action reste légèrement confuse, voici un petit parcours guidé... non exhaustif.

Événements, outils d'animation

Souvenez-vous... de 1989 à 1992: la Maison Géante avait circulé dans sept lieux de la Communauté française. Replongés dans un univers surdimensionné, parents, enseignants, éducateurs ont pu revivre les frustrations, sentiments de peur, difficultés de manipulation de certains objets qu'éprouve tout jeune enfant dans son environnement domestique. L'objectif de cet événement était de sensibiliser le public à l'existence des accidents domestiques et aux possibilités de les prévenir en évitant notamment panique et culpabilité qui engendrent des attitudes de protection excessives.

Après ces trois ans de tournée en Communauté française, la Maison Géante s'est éclipse pour faire place à l'Ecole du Risque, appelée aussi l'Autre Cirque. Il s'agit d'une approche différente de la maison Géante, mais tout à fait complémentaire: après avoir appris à distinguer les dangers, on apprend à apprivoiser les risques. L'objectif consiste à affronter les risques plutôt qu'à les éviter. L'Ecole du Risque ou l'Autre Cirque, fait référence à l'Ecole du Cirque: un lieu où chacun apprend à être confronté au risque en parfaite sécurité. Ce sont des roulottes qui font figure de classe d'apprentissage. Chacune d'elles est finalement une «classe» où l'on apprend à identifier différents risques et à les surmonter (Cf. rubrique j'ai testé p. 10). Cette Ecole du Risque a été développée à Schaerbeek (Cf. r. p. 9) à Aiseau, à Manage, à Malmédy (Cf. p. 10) et circulera cet été dans la région de Bruxelles grâce au soutien de la COCOF (voir agenda).

Ces différentes animations restent de véritables outils d'animation mis à la disposition des communautés qui veulent s'impliquer dans la prévention des accidents. Il leur appartiendra de mobiliser les parents, éducateurs ou autres intervenants.

Le RAS: le Réseau Actions Sécurité

Le Réseau Actions Sécurité est né en 1990 sous l'impulsion d'Educa-Santé qui se charge de sa coordination. Ce réseau a été créé afin que la sécurité des enfants et des personnes âgées devienne une préoccupation constante, impliquant tous les intervenants, qui agissent, décident, en fonction de ce public cible. Afin de mener une politique cohérente, la concertation et le partenariat sont apparus comme indispensables. Cette concertation, le RAS l'a envisagée au niveau local comme au niveau communautaire.

Ainsi, le réseau est constitué d'un partenariat de 11 organismes à l'échelle de la Communauté et d'un partenariat local en contact avec les Commissions Locales de Coordination en éducation pour la santé. «Et ce sont les liens tissés entre les équipes locales et l'équipe communautaire qui, progressivement, construiront le réseau».

Le programme RAS comprend 4 étapes

1ère étape: sensibilisation de la population et des relais locaux à l'importance des accidents domestiques. Cette sensibilisation doit susciter la mobilisation des relais locaux, des éducateurs afin qu'ils élaborent des programmes de prévention.

2ème étape: développement des foyers d'action: il s'agit de la mise en place de projets de prévention des accidents domestiques dans les structures où évoluent les intervenants. Ceux-ci peuvent être ou relais ou acteurs directs. Ceci implique une analyse de la situation d'où découleront des objectifs et des stratégies de prévention soucieux d'une approche globale.

3ème étape: mise en place de groupes de pilotage qui sont des groupes de travail visant à développer des projets communs avec le soutien du RAS.

4ème étape: mise en place d'un réseau à l'échelle de la Communauté française.

Précisons que ces étapes ne se suivent pas dans cet ordre chronologique. Elles se chevauchent et se complètent.

De la théorie à l'action: un groupe de pilotage

On compte à ce jour 5 groupes de pilotage en Communauté française: Manage, Belgrade, Aiseau Presles, Berchem Sainte-Agathe et Schaerbeek. Puisque nous disposons de quelques éléments du contexte schaarbeekoïse, retraçons la genèse de ce groupe de pilotage et son cheminement.

1990: un professeur à Schaerbeek décide de mener un projet avec sa classe, sur la thématique des accidents domestiques. Il travaille en collaboration avec une infirmière scolaire. Très vite, l'envie vient de monter un projet qui puisse s'étendre en dehors des murs de l'école. La CLC de Bruxelles est contactée. Une réunion s'organise avec Educa Santé, la CLC et Question Santé. A la suite de cette réunion, il fut décidé d'élargir le partenariat pour mener à bien ce projet et de l'amplifier par la mise sur pied d'un grand chapiteau. Présents à cet événement, des associations locales, mais aussi des partenaires communautaires. De cet événement a émergé le souhait d'aller plus loin dans le travail de prévention. Un groupe de pilotage a donc vu le jour en novembre 1993. Ce groupe de pilotage regroupe des intervenants de différents secteurs dont le secteur médico-scolaire représenté par deux infirmières CPMS. Les priorités et le fonctionnement interne furent décidés par le groupe. Des sous-groupes se sont créés en fonction de ces priorités. Dans un premier temps, il a été décidé de se pencher sur le thème des brûlures. Les infirmières ont organisé des animations sur ce thème, des TMS de l'ONE ont réalisé une sensibilisation des parents de la commune, avec le soutien des pompiers. Une roulotte sur le thème des brûlures a tenu parvis fin du mois de mai dans la commune... Et vous? Vous désirez créer un foyer d'action, un groupe de pilotage dans votre commune? N'hésitez pas... prenez contact avec la CLC de votre région ou avec Educa Santé.

Ce résumé est inspiré des articles de la revue «Education Santé» n°70, septembre 1992 et n°81, octobre 1993 ainsi que de la plaquette de présentation du groupe de pilotage de Schaerbeek.

VOUS AVEZ TESTÉ...

Outils, animations, livres que vous avez utilisés ou expérimentés... Racontez-les nous!

L'ÉCOLE DU RISQUE

L'École du Risque comprend trois roulettes. On pourrait les appeler à trois classes. De bien curieuses classes puisqu'on n'y apprend pas les mathématiques, mais les mille et une façons de maîtriser les risques.

En voici une qui reprend le thème des brûlures; elle est aménagée en cuisine et on reconnaît les risques que ce lieu peut représenter. Là-bas, c'est la roulette «loisirs et sports», celle où Magie Glauden, infirmière PMS accueille les enfants depuis une semaine, à Malmédy. L'Autre Cirque s'est installé dans sa région, et elle nous raconte ses impressions.

J'avoue que lorsqu'on nous a proposé d'animer une roulette, j'ai été plus que surprise. D'autant plus que ce thème des accidents de sports et des loisirs, je ne le connaissais pas du tout. D'abord je me demandais si j'étais capable d'animer cette roulette.

Q.S.: Vous avez pourtant déjà mené des actions d'éducation à la santé?

- Oui, mais animer une roulette, c'est très inhabituel. On m'avait aussi donné un livre pour me familiariser avec ce thème mais... j'avoue que je ne l'ai pas tout à fait lu... Cela me paraissait bien compliqué. Donc, forcément, j'avais des appréhensions.

Q.S.: Et maintenant, toutes vos craintes sont dissipées?

- Tout à fait. Et même, je m'amuse et les enfants aussi, comme au cirque. On apprend tout en s'amusant. C'est beaucoup plus facile que je ne le croyais. Ce qui est important, c'est vraiment de partir de leur expérience. Ma collègue a eu plus de difficultés parce qu'elle aime beaucoup prendre la parole. Au bout d'un temps, cela barbe les enfants.

Q.S.: Mais qu'est-ce qui attire les enfants dans cette roulette «loisirs et sports»?

- Premièrement, cela dépend des âges. L'animation est conçue normalement pour

les enfants de 5 à 14 ans. Pour moi, les enfants de 5 à 7 ans sont trop jeunes pour vraiment apprécier. Les jeunes enfants sont attirés surtout par les pictogrammes. On s'attarde beaucoup sur ce point-là.

Q.S.: Quelques mots de ces pictogrammes et des réactions des enfants?

lorsque les enfants arrivent, je leur souhaite la bienvenue dans la roulette «sports et loisirs». Je leur demande s'ils font du sport et lequel. Chacun alors explique ce qu'il fait, s'il est dans un club...

Je leur propose de partir à la recherche du pictogramme représentant leur sport. Sur un mur de la roulette, différents pictogrammes représentant les sports existants sont classés en fonction des âges auxquels on peut les pratiquer. Les enfants sont toujours intéressés de voir si leur sport est agrée. On voit, par exemple qu'on peut commencer la gymnastique à 4 ans. On se pose alors des questions, on fait des constatations: on peut développer la souplesse très jeune. Ensuite, on développe les muscles. Pourquoi certains sports ne sont-ils pas adaptés à 8 ans et le sont à 16 ans... Bref, on discute beaucoup, et on déduit énormément.

Q.S.: Vous passez alors à un autre point développé dans la roulette?

- Il y a le questionnaire «vrai ou faux». Ce sont 10 questions qui amènent les enfants à bien comprendre les risques qu'on peut courir dans certains sports ou pratiques (exemple: nécessité d'un échauffement avant et de «stretching» après le sport). Un enfant lit la question. Ensuite, l'un après l'autre, ils répondent par «vrai» ou «faux». Les termes ne sont pas toujours évidents. Alors, je les aide à essayer de déduire la signification. Que veut dire par exemple «matériel de haut de gamme»? Ils se trompent toujours à la même question: «Est-ce qu'il y a plus d'accidents quand on fait un sport encadré». Tout le monde répond «vrai» et c'est faux. On discute ferme. Certains alors expliquent que beaucoup de moniteurs, par souci de la performance, exigent trop d'eux. On en déduit que chacun doit avoir le courage de refuser d'entrer dans ce jeu. Mais pour cela, il faut avoir conscience de ses limites.

Q.S.: Vous utilisez beaucoup le terme «déduction».

- Mais oui, notre travail relève du bon sens, chacun parle de ses expériences et je les invite à essayer de comprendre par déduction les risques et la manière de les maîtriser. Il faut évidemment se donner le temps et le groupe ne doit pas être trop grand. L'idéal est d'avoir un groupe de 10 élèves. L'animation dure alors une demi-heure à trois quarts d'heure. Généralement, il n'y a pas de chahut. Sauf... lors d'une question «vrai ou faux» parfaitement inutile à mon sens et mysogyne «Les filles abandonnent-elles le sport plus tôt que les garçons?» La réponse est «vrai» et cela suscite dans les classes mixtes des commentaires ridicules et une agitation pas toujours facile à stopper. Je comprends qu'on veuille stimuler les filles, mais le moyen n'est pas bon.

Q.S.: D'autres aspects développés?

- Oui, il y a ces magnifiques photos qui reprennent les mouvements de «stretching». Les jeunes à partir de 12 ans sont vraiment très intéressés par cette partie (pour les plus jeunes, on explique très brièvement). Ils comparent ces mouvements avec ceux qu'ils font déjà ou connaissent. Un reproche quand même: les explications aux côtés des photos sont fort techniques; j'avoue que je cale quand ils me demandent de préciser certains termes. Mais je dis aux jeunes ce qui est important à saisir.

Q.S.: Ensuite vient la dernière partie?

- Oui, cela passe vite. Une vitrine présente aux enfants six paires de chaussures de sports différentes et 6 accessoires correspondants, mais mis dans le désordre. Ils ont 15 secondes pour trouver les correspondants. Ils doivent pousser sur des boutons. Pour cette partie, beaucoup sont tentés de pousser très vite sans réfléchir, juste pour s'amuser. C'est à nous de leur demander d'expliquer d'abord leur choix et ensuite de le vérifier.

Q.S.: Et les enseignants, comment réagissent-ils?

- Ceux qui assistent disent s'être beaucoup amusés et apparemment, ils ont envie de reprendre le sujet en classe car ils me demandent des photocopies des pictogrammes et des questions.

route et du travail, les accidents dans la sphère privée sont de loin en tête du peloton. Bien avant les accidents dans les aires de sports, les zones de transport,...

- Et dans ton palmarès, tu peux sans doute constater que la cuisine est le lieu de tous les dangers, suivi de la salle de bain.

- Dans ces données, ce qui me paraît aussi intéressant, c'est l'âge des victimes (Cf. tableau). Et on constate que les garçons sont plus exposés que les filles.

- Cette analyse de lieu opérée, j'espère que tu as compris la nécessité d'agir pour pallier à ces accidents.

OBSERVER, CONNAÎTRE L'ENFANT

- Face à la thématique des accidents domestiques, certains enseignants, éducateurs, animateurs comme les infirmiers (ères) scolaires se révèlent très à l'aise pour pointer du doigt les parents et se dégager de toute responsabilité. Le raisonnement s'avère confortable quoi que... assez court. L'épanouissement de l'enfant, l'acquisition de son autonomie ne sont-ils pas des priorités pour tout éducateur?

- Soyons donc réalistes: admettons une fois pour toutes que les limites des parents existent; ils ont leurs négligences, préférences, parfois rejets. Et face à cela, soit on se cantonne dans l'immobilisme, soit on estime qu'il appartient à la communauté éducative de trouver des réponses, une aide complémentaire.

- Faire de la prévention sur ce thème, c'est aussi observer, connaître le caractère de l'enfant, son développement psychomoteur.

- Et s'interroger. La récurrence peut être un signe d'alarme.

- Sans verser dans l'interprétation hâtive, l'accident domestique peut témoigner d'un mal-être de l'enfant dans son milieu. Ce sentiment peut être passager et ne pas relever d'un caractère pathologique: maman s'occupe du petit frère, faisons donc l'intéressant pour qu'elle nous regarde, se précipite vers nous. Et là, très souvent la ruse réussit et il recommence. Joue son «va tout». Et de nouveau reçoit la récompense escomptée. Pour contrecarrer cet effet espéré, la sanction vient à point.

- Ou le dialogue... que nous pouvons aussi amener, en étant extérieur: en leur expliquant, sous forme d'histoire par exemple, ce type d'événement. Ils pourront s'identifier au personnage en situation et comprendre ce qu'ils font. Comprendre qu'ils sont autant sujets d'amour de leurs parents que leurs autres frères et soeurs.

- A côté de ces réactions classiques, il y a des accidents domestiques qui relèvent de cas pathologiques. Ainsi ces enfants qui ont tellement l'impression de ne plus compter pour leur entourage, qu'ils en viennent à ne plus prendre garde à eux. «Si l'accident arrive, tant pis».

- Il y a aussi ces gosses qui sont persuadés qu'ils ont commis une faute, et se font mal: tombent dans les escaliers, etc....

IDENTIFIER LA CONVERGENCE DE FACTEURS DE RISQUES

- Quoi qu'il en soit, l'accident domestique n'est pas un hasard. Une convergence, un enchevêtrement de circonstances, vont provoquer l'accident, le traumatisme.

- En d'autres termes, on peut dissocier et reconnaître ces événements afin d'agir sur ceux-ci et ainsi prévenir l'accident..

- Exemple: un enfant de sept ans est bousculé dans la cour de récréation et est touché à la tête.

On dissocie ici une victime - l'élève blessé - un environnement matériel - une cour bondée d'enfants turbulents - et un environnement humain - un seul enseignant qui ne peut assurer une surveillance correcte, vu le contexte dans lequel il travaille -.

- En associant chacun de ces éléments, on comprend que cet accident était prévisible et, dès lors, que beaucoup de traumatismes peuvent être évités. Pour une prévention pertinente, il s'agit de prendre comme angles d'attaque ces différents facteurs.

Au-delà de l'observation du développement psychomoteur, afin d'analyser l'aptitude de l'enfant face au danger, il convient aussi de s'interroger sur l'enfant «récidiviste». Que peuvent cacher ses chutes et accidents continuels?

L'accident domestique n'est jamais un hasard. L'enchevêtrement de différents facteurs a provoqué l'accident. On peut analyser, dissocier ces éléments. Trois constantes apparaissent:

- une victime peu consciente, peu préparée à affronter un danger
- un environnement matériel: mal adapté à l'âge de l'enfant, mal entretenu ou mal agencé ou nocif en soi.
- un environnement humain: attitude, organisation non adaptées aux situations.

Ces trois pôles constituent différents angles d'approche pour appréhender la prévention des accidents domestiques.

- Face à ces risques, la prévention peut s'inscrire de plusieurs manières. On adapte l'environnement. Dans l'exemple présent, on décide de réduire la population d'élèves dans la cour de récréation en prévoyant deux temps de récréation.

- Ou on adapte son comportement.

UNE APPROCHE À PRIVILÉGIER : L'ÉDUCATION AU RISQUE

- Il faut absolument que l'enfant connaisse les dangers qui l'entourent.
- Tu retombes dans tes travers. Un gosse qui connaît n'est pas nécessairement un gosse qui adopte un paradigme efficace face au risque. Il faut éviter une attitude de mise en garde et de protectionnisme primaire.

- Un enfant ne peut réagir d'une manière opportune que s'il connaît les risques qu'il court.

- Oui mais... disons que je crains que l'esprit dans lequel tu abordes le thème soit trop prohibitif: «Attention, attention, ne faites pas ci, ne faites pas ça». As-tu l'intention de faire des enfants des modèles de sagesse, complètement aseptisés?

- J'ai toujours apprécié ton sens des nuances et ton ouverture à comprendre mes positions.

- Tu ne saisis pas que l'éducation à la sécurité devrait s'entendre aussi en termes d'éducation au risque.

- Explique-moi comment tu vas amener dans une classe l'éducation au risque.

- D'abord, je ne désire pas, moi toute seule, aller prêcher dans une classe sur ce thème. A long terme, cela n'a pas de sens d'agir dans cette optique. C'est inefficace et épuisant. Il s'agit plutôt d'une démarche, d'un état d'esprit constant qui doivent impliquer tout le monde: l'enfant, l'enseignant, le directeur, le surveillant, le professeur de gymnastique. C'est une approche qui doit devenir une dynamique dans les murs de l'école et à l'extérieur.

- Tu parles d'intervenants, mais tu ne me dis pas ce que tu veux développer, ni avec quels supports matériels.

- Bon, il faudra de toutes façons revenir sur cette dynamique communautaire: c'est passionnant et ça commence à bouger dans pas mal de communes (Cf. rubrique Gros Plan).

En fait, l'éducation au risque, c'est simplement adopter une optique positive: c'est une éducation à la vie avec ses risques à maîtriser. Tout cette curiosité, cette effervescence, cette envie qui bouillonnent chez les gosses, on ne les réfrène pas, mais on tâche de les muer en énergie positive et joyeuse: on leur donne les moyens pour être aptes, créatifs face aux risques qui se présentent à eux, ici et maintenant.

- Cela me paraît effectivement intéressant. C'est finalement préconiser une éducation à l'autonomie, faire en sorte que l'enfant soit acteur de sa sécurité. Mais je reste perplexe quant aux moyens utilisés pour arriver à cette fin.

- Tu comprends pourquoi il est utile d'interpeller écoles, parents, associations: bref, de créer une synergie afin qu'un même état d'esprit renforce cette notion de «maîtrise des risques».

- Oui, oui, oui. Mais pour l'heure, si on a mis au clair l'esprit de cette thématique, nous n'avons guère élaboré de pistes d'exploitation.

LES OBJECTIFS

- Tu sais, pour stimuler l'éducation au risque, il n'y pas vraiment de recette miracle. Je crois qu'il faut susciter le dialogue, l'échange, l'expérience de vie. Se rattacher toujours au quotidien de l'enfant.

- Fixons des objectifs.

• L'objectif principal:

- l'enfant sera capable de maîtriser un risque.

• Les objectifs sous-jacents:

- l'enfant est apte à utiliser les ressources de son corps et accepte ses limites.

- l'enfant est capable d'observer, de repérer et dès lors d'anticiper les dangers de son environnement.

- l'enfant est apte à proposer des solutions, il est acteur de sa sécurité.

De plus en plus, l'éducation au risque est privilégiée. Cette approche favorise l'autonomie de l'enfant, sa position d'acteur. Cette éducation implique une démarche globale qui fait intervenir conjointement les différents aspects de protection, d'éducation... Elle demande la participation de tous.

INTERSECTION

Vous avez en tête mille questions, ou envie d'exprimer une opinion... cet espace est à vous!

ENSEIGNANT ET INFIRMIÈRE: UNE COMPLÉMENTARITÉ NÉCESSAIRE?

Au travers du thème des accidents domestiques, un enseignant raconte...

Les fenêtres de la classe sont grandes ouvertes. Ouvertes sur un ciel de plomb, les bruits de fond d'une ville et le brouhaha d'une cour de récré. Cette ouverture sur le monde, Alain la vit aussi avec ses élèves. Sans exubérance, mais avec une constance déterminée et passionnée. En étroite collaboration avec une infirmière scolaire, il a exploité toute l'année le thème des accidents domestiques. «Une aventure riche de découvertes et non sans risques...».

Alain n'avait jamais eu l'occasion de travailler avec une infirmière. Jusqu'au jour où, tambour battant, une nouvelle infirmière scolaire a débarqué. Elle s'est rendue auprès de chaque professeur, propositions en main. «Elle avait proposé pour ma classe des animations d'éducation affective. Mais j'avoue que je ne sentais pas trop ce thème avec les gosses de cette année. Et à dire vrai, j'étais plus intéressé par un autre thème: les accidents domestiques. Au fil de cet entretien avec l'infirmière, Alain raconte son intérêt pour ce thème. Il lui rapporte son étonnement lorsqu'il avait lu un article sur les accidents domestiques: ils étaient plus importants que les accidents de la route. «Ces chiffres m'avaient stupéfié. Et je m'étais interrogé sur la nécessité de m'attarder autant sur les accidents de la route, ce qui m'amenait à négliger tout à fait les accidents domestiques». Alain a poussé plus loin sa curiosité. Après discussion avec les enfants, il lui est apparu urgent de traiter ce thème: «Les enfants m'avaient raconté des tas d'accidents qui leur étaient arrivés, surtout étant plus jeunes, et ceux dont étaient victimes leurs jeunes frères et soeurs.» Alain s'est alors attaché à sérier les accidents en les quantifiant par des exercices mathématiques, telles les fonctions. Par ce biais, les

enfants ont alors vraiment pris conscience de l'importance de ce phénomène. Ils ont eux-même mené une enquête auprès des autres classes. Les résultats de cette démarche ont suscité de l'étonnement auprès des autres enseignants et, pour certains, l'envie d'approfondir davantage ce thème. Une dynamique était lancée...

Cette expérience, Alain l'expliquera à Claire, en long, en large et en détail avec raison, conviction, passion. En une demi-heure, une association était née. Un professeur de 5^{ème} et une infirmière étaient parés pour continuer à exploiter, encore plus avant, le thème des accidents domestiques.

Allier ses atouts

«Ce que j'ai apprécié chez Claire, c'était sa franchise et son honnêteté. Elle n'a jamais essayé d'imposer, ni d'en imposer. Elle a mis carte sur table, avec ses points forts, ses points faibles, ce qu'elle pensait pouvoir apporter dans cette collaboration.» Dans cet état d'esprit, les tâches de chacun ont été rapidement définies et jamais remises en question. «Cela ne signifiait pas qu'il n'y avait aucune discussion sur ce que chacun proposait. Il y avait un échange très direct, par moment des désaccords, mais jamais de conflits. On travaillait pour et avec les enfants et non pour nous faire valoir». Alain était désireux de mettre sur pied un projet où l'enfant est pleinement acteur et responsable à chaque étape. Et au fil du projet, il a toujours veillé à ne pas déposséder l'enfant de celui-ci. «On le gère ensemble et les décisions étaient prises de commun accord. Claire s'attachait davantage au contenu du thème, aux outils de sensibilisation et moi à la dynamique pédagogique». Alain avoue avoir des difficultés à reprendre par ordre chronologique le cheminement du projet, surtout à ses débuts. Il se souvient d'une discussion qui eut lieu après que les enfants aient fait part des cas d'accidents domestiques dont ils avaient été victimes. A l'écoute de leur récit, Claire avait été éberluée. Il a été proposé aux enfants de travailler sur ce thème. A la séance suivante, les enfants ont sérié les différents cas d'accidents domestiques et choisi ceux

sur lesquels on allait s'attarder pendant l'année. Cinq petits groupes ont été formés pour s'occuper chacun d'un type d'accidents domestiques. Ils devaient pouvoir faire une présentation originale de ceux-ci. Cette étape a été suivie d'un moment de flottement et d'interrogation quant à la possibilité de réaliser les projets, ambitieux, des enfants. Ceux-ci s'étaient fixés sur différents moyens de communication: une vidéo, une BD, une pièce de théâtre, une affiche et un montage diapositives. «On avait besoin d'un soutien logistique et de compétences extérieures. On a fait appel à l'école de devoir. Ensuite eut lieu une réunion avec la CLC de Bruxelles, Educa-Santé et Question Santé.» Après cette réunion, le projet a retrouvé un nouveau souffle. Il fut proposé aux enfants de participer à l'école du risque (Cf. p. 10) où leurs travaux seraient présentés à un plus large public. Un stagiaire d'un centre de vidéo accompagna les enfants dans l'élaboration de leur scénario et sa réalisation. Ces activités en groupes sur les accidents domestiques se déroulaient une fois par semaine, durant deux heures. On a bricolé aussi une maison des dangers (1 mètre sur 1 mètre) durant la période «bricolage». En cinq mois, ils ont dû aller très vite... C'est ce seul regret que formulera Alain; quant aux bonheurs, il y en eut beaucoup. On en épinglera quelques-uns ici...

Des bonheurs et des regrets...

«Travailler en étroite collaboration avec Claire a été pour moi une stimulation. Un professeur est souvent très isolé dans ses projets. Dans le cadre de ce projet, on a accueilli dans la classe beaucoup de gens de l'extérieur. Je me souviens de cette visite à l'école du commandant des pompiers; cela a été un moment très fort: les enfants ont posé des questions très profondes pour lesquelles le Capitaine Boileau est allé chercher très loin dans ses tripes et son cœur.» Les enfants ont apprécié d'avoir pu valoriser leurs travaux sous le chapiteau de l'École de Risque... Mais c'est surtout la gestion des stands de l'ONE et de la Croix-Rouge qui semble les avoir beaucoup marqués: «Enfin, on nous prend au sérieux!»

LES OUTILS

Exceptionnellement cette fois-ci, nous n'avons pas développé cette rubrique. Educa-Santé propose 4 cahiers de fiches d'outils de prévention. Ces fiches présentent 80 outils disponibles dans cet organisme. Comme tous ne sont pas répertoriés, pour faciliter votre demande auprès d'Educa-Santé, nous avons précisé, quand nous le pouvions, le numéro de référence de ces outils. Educa-Santé: av. Général-Michel 1B, 6000 Charleroi, tél.: 071/30 14 48.

Les livres pour enfants

BD

Attention, ça chauffe, bien adaptée aux enfants du 2ème cycle qui, après exploitation en classe, peuvent l'emporter à la maison afin d'attirer l'attention des parents - Educa-Santé - réf.: ACD-025.

Livres illustrés

Les aventures de Guli Patatra: I. Montulet, N. du Bled, F. Fauchet, S. Heilporn - Ed. Labor - 1989 - livre de 59 pages destiné à être raconté aux enfants de 3 à 6 ans pour amener une animation sur la découverte et les accidents domestiques. S'intègre au programme «Prudence j'y pense» du Centre Coopératif de Consommation, rue haute 28, 1000 Bruxelles.

Raymond le Champion. A. Léonard, N. du Bled. Centre Coopératif de la Consommation - Editions Labor. Bruxelles. 40 P. 1994. L'histoire illustrée d'un petit chien rêvant de devenir un champion, qui découvre la prudence grâce à un sport de haute voltige.

Marie - Les dangers de la maison. G. Padoan, E. Collini. Milan/Toulouse. 24 p. 1987.

Le récit d'une fillette qui a la garde de son petit frère, expose ses sujets d'inquiétude face aux divers dangers de la maison, et les précautions qu'elle prend pour l'en préserver.

A la maison. Dans le jardin. En ville. A la campagne. L. Boillie, P. Shuckburg. Nathan. Paris. 4x20 p. 1989.

Ces quatre livres présentent diverses petites scènes de la vie quotidienne et donnent des conseils de sécurité et de respect de la nature. Quelques conseils aux parents sont donnés en fin de volume.

Tim, Tam et la famille souris. Y. Bossut, V. Hébert. Institut de la Vie asbl. Bruxelles. 1993.

Livre illustré sur le thème de la prévention des accidents à la maison, dans le jardin, en rue. Présenté sous la forme d'un abécédaire au texte calligraphié pour les lecteurs débutants. Ce livre est complété par un dossier pédagogique («L'abécédaire de la prévention des accidents d'enfants»).

Les jeux et les vidéos

Jeux

- Badaboum et Garatoi: coffret pédagogique pour enfants de 4 à 6 ans comprenant un livret pédagogique et un jeu avec des cartes illustrant des situations à risque et des cartes suggérant des solutions - pour emprunt, Educa-Santé: cf. adresse plus haut - réf: D 026 - pour achat: CFES 100 F F + frais d'envoi, 2, rue Auguste Comte, 92170 Vanves, France.

- Je connais ma maison: teste et augmente les connaissances de l'enfant de 3 à 7 ans quant à son environnement, vécu et comportement sécurité - ONE: service d'Education à la Santé, route de Gembloux 2, 1450 Cortil-Noirmont - ou Educa-Santé, réf. ACD065, cf. adresse ci-dessus.

- Parcours sans risque - Ed. Nathan - pour 2 à 4 joueurs, de 7 à 10 ans, complété d'un fascicule d'information du Dr Lavaud, du Comité National de l'Enfance. Apprend aux enfants à faire face aux dangers de la vie quotidienne et permet aussi aux parents d'informer leurs enfants des risques de la vie quotidienne. Pour emprunt: Educa Santé, réf. D027, cf. adresse ci-dessus.

Vidéo

- L'étourdi: document en noir et blanc de 14 minutes - sensibilise les enfants de 8 à 12 ans aux dangers d'une mauvaise utilisation du gaz. Gaz de France, ADEIC-FEN. Pour emprunt: Educa-Santé, réf PO42, adresse ci-dessus.

- Pépin Câlin. Vidéo du Comité français d'Education pour la Santé. (CFES). N. Trintignant. Paris. 66 minutes. 1981. Disponible à la Médiathèque de la Communauté française.

Vidéos disponibles à la Médiathèque de la Communauté française de Belgique et auprès de son réseau de diffusion. Pour info: 02/737 18 11.

LES STRATÉGIES

Un corps en mouvement

- Il est important de recourir à la psychomotricité pour que l'enfant puisse pleinement s'approprier son corps et toutes ses ressources. Il faut qu'il puisse construire ce potentiel selon son propre rythme, naturellement.

- Mais nous ne sommes pas psychomotriciennes.

- Nous pouvons collaborer avec les psychomotriciens, les professeurs de gymnastique. Imaginer des exercices physiques amusants. Encourager la création d'espaces où les gosses peuvent grimper, sauter, se contorsionner. Dans l'école 4, des parents ont monté tout un circuit avec des vieux pneus, de la mousse. Bref avec des moyens de fortune, ils ont construit un espace de mille apprentissages pour les enfants. Il faut mettre tout le monde dans le coup.

Une bonne perception de l'environnement: les sens à l'affût

- Pour sensibiliser les enfants aux dangers qu'ils peuvent rencontrer, il faut forcément pointer les objets, les situations à risques.

- Sachant qu'ils sont curieux, entrons dans leurs jeux et approches du monde afin de les rendre aptes à anticiper les risques. Avec les enfants de maternelle, on peut jouer au détective «Nos yeux, nos oreilles, notre nez nous indiquent les risques».

Exemple: faire une fête de la soupe aux tomates en classe.

- ...?

- On amène un petit réchaud, une grande casserole; un mixer, un petit couteau, les ingrédients, des allumettes, des nappes en papier, des bougies.

On va décomposer tout ce que fait maman et que le gosse ne voit pas toujours puisque les meubles sont trop hauts. On veillera évidemment à ce qu'il puisse bien voir tous les gestes.

- Et on va détecter, ensemble, tous les risques au moyen de nos sens.

- On explique la recette. Puis, on leur demande: «Comment va-t-on couper les tomates?». La réponse va fuser; on sort alors le couteau. On peut déjà demander de le décrire (un manche, une lame, des petites dents, ça brille, qu'est-ce qui indique que ça peut couper? Comment tient-on le couteau? Pourquoi?) On met les ingrédients dans la casserole, puis on allume le réchaud.

- S'il est au gaz, on se servira des allumettes et on reprendra la même approche par des questions: «A quoi sert une allumette? Quel est le risque? Quand une allumette est-elle consommée? (on voit le bout noir, ça sent le brûlé),...?»

Les tomates vont cuire dans la casserole. «Comment savoir que ça chauffe?» (le voyant du réchaud est allumé, ça commence à sentir la tomate avec la chaleur). Après avoir versé de l'eau, on pourra constater au bout d'un moment qu'on entend le bouillonnement de l'eau, qu'on voit la vapeur, que les fenêtres s'embuent.

- Oui, on a compris; à chaque étape, on appréhende par les sens les situations et les risques qui peuvent en découler, en se rattachant aux expériences vécues par l'enfant. Cette approche, comme celles par le vocabulaire, par le conte, par le mot «notion de la prévention», par les matières scolaires, sont très bien illustrées dans «l'abécédaire de la prévention des accidents d'enfants».

- En fait, ce document a été réalisé par Educa Santé et l'Institut de la Vie avec la collaboration de Cristine Deliens de la ZEP de St-Gilles et de certains enseignants. Il s'adresse aussi bien aux enseignants, qu'aux parents ou autres éducateurs. C'est un complément à un livre magnifiquement illustré «TIM TAM et la famille souris» (voir biblio). Il répertorie un bon nombre de situations ou comportements à risques et reprend les comportements «sécurité».

- Ah... l'éducation au risque préconiserait-elle aussi une prévention plus passive des accidents?

- C'est complémentaire.

- Tout d'abord, il savoir aussi que certains événements, situations, sont plus propices aux accidents: déménagement, période de vacances, fête, mais aussi tensions affectives au niveau familial.

Il est évident que la vigilance pour épargner aux enfants un traumatisme reste de vigueur. Installer des cache-prises, mettre hors de portée les produits toxiques sont des mesures qui gardent tout leur sens.

Mener une action sur la thématique des accidents domestiques impose la définition d'un ensemble d'objectifs. Les stratégies choisies en fonction des objectifs fixés viseront notamment le développement:

- de la maîtrise corporelle (par exemple via la psychomotricité)
- des facultés de perception adéquate de l'environnement
- d'une attitude active et créative face au danger.

L'ensemble de ces stratégies vise à amener l'enfant à un comportement plus responsable, plus conscient de ses limites et de ses possibilités.

- Surtout avec des enfants d'un certain âge. Il faut justement avoir connaissance du développement de l'enfant, de sa perception de son environnement pour mieux comprendre s'il est apte ou non à éviter les dangers. Il faut pouvoir l'accompagner sans trop s'imposer dans ses explorations, lui expliquer. Mais aussi lui donner confiance en lui. C'est cette confiance qui l'aidera à maîtriser les dangers.

L'enfant acteur de sa sécurité

Le document de la Croix Rouge est une très bonne approche pour développer l'observation et l'appréhension des risques, et les comportements positifs.

- J'aime beaucoup l'approche proposée par certains jeux. Ils permettent à un groupe d'enfants de détecter les situations et d'imaginer les parades (cf biblio). On peut partir de ces jeux, puis intervenir au moment adéquat par des questions, par un échange d'expériences. La technique des jeux de rôles est aussi passionnante pour reconstituer des comportements positifs en fonction des situations.

- Et je propose que nous nous attachions aussi à ce lieu de vie qu'est l'école. Les enfants peuvent pointer des tas d'éléments; les chutes dues aux mallettes qu'on laisse traîner, aux bousculades dans les escaliers, dans la cour de récré... A eux aussi de trouver des solutions pour que cela ne se produise pas.

- Les enfants de 5 et 6^{ème} année peuvent dresser une carte des dangers de leur école. Via cette enquête, ils peuvent s'interroger sur les moyens de pallier à ces dangers.

Que peuvent-ils faire concrètement et qui soit dans la mesure de leurs possibilités. Doivent-ils interpellier d'autres personnes, qui? Il y a un travail très riche à élaborer avec eux.

- Et avec le soutien d'autres personnes.

IMPLIQUER TOUS LES INTERVENANTS

- L'éducation au risque est une notion qui devrait être intégrée par chacun des membres de la communauté.

- Souvent, les enseignants coincés dans leur programme disent ne pas avoir le temps d'aborder ce thème. A nous peut-être de leur signaler qu'il ne s'agit pas nécessairement de réaliser une grande action, mais simplement de penser à intégrer dans leur cours certaines notions.

Exemple, ce professeur fait un cours sur l'eau: il peut très bien parler des risques de l'eau bouillante, de la température à laquelle celle-ci risque de brûler la peau, des bénéfices de l'eau froide à ce moment-là (la technique du cooling). Dans les leçons de vocabulaire, l'enseignant peut penser à introduire des mots qui font référence aux risques (couper, trancher, cisaille,...).

- Il en va de même pour le prof de gymnastique: il peut expliquer à l'enfant l'importance d'un bon échauffement du corps avant de faire des exercices.

- Et les parents?

- Ah... attention à ne pas les culpabiliser. Pour la prévention des risques liés à l'environnement, je vois bien un appel aux parents pour réaménager certains lieux de l'école; on expliquerait les raisons de cette démarche.

- On peut songer à des réunions avec les parents. L'enfant peut être un bon vecteur de communication dans sa famille. En ramenant des affiches, des dessins, des bricolages à coller aux endroits à risque chez lui. On peut imaginer aussi l'organisation d'une fête de la sécurité à l'école.

ILLUSTRATION D'UN CAS: LES BRULURES

voici un exemple: celui d'une animation menée par Marion Lucas et Annita Duperet, infirmières du centre PMS de Schaerbeek. Toutes deux font partie du groupe de pilotage RAS implanté à Schaerbeek. Dans ce groupe de pilotage, trois organismes (via leurs représentants) ont décidé de se pencher plus particulièrement sur le thème des brûlures: l'ONE, les pompiers et le centre PMS de Schaerbeek. Deux infirmières de ce centre ont décidé d'organiser et de réaliser une animation sur ce thème. Cette animation dure une demi-journée, d'une seule traite.

- J'ai assisté dernièrement à une animation donnée par Marion Lucas dans une classe de 5^{ème} primaire qui a été réellement captivante.

- Quels étaient les objectifs de cette animation?

- En voici, très précisément, le libellé: « Amener un comportement plus sûr et réfléchi des enfants eux-mêmes, mais aussi des parents et par là même diminuer le nombre de victimes du feu parmi les jeunes. Utiliser les jeunes comme relais vers d'autres groupes-cibles plus âgés, tant à l'école qu'à la maison. Former des adultes de demain en matière de sécurité»

- Et comment amène-t-elle le thème?

- Sans chercher midi à quatorze heures. Très naturellement, Marion se présente et explique en quoi consiste son boulot. Elle souligne qu'en plus de soigner, elle apprend aux enfants à éviter la maladie ou l'accident et, dans le cas où ce dernier se produit, comment en réduire la gravité.

- Bon enchaînement pour en venir aux accidents domestiques. Notion qu'elle va expliquer?

- Exact. Elle propose alors aux enfants une méthode d'approche intéressante. Les yeux des gosses brillent. Le jeu consiste à être acteur d'une histoire que Marion raconte, à l'enfant de la terminer ensuite.

- Elle choisit, je présume, un enfant parmi les volontaires de cette mise en situation, mais quelle histoire a-t-elle imaginée?

- Une situation que tous les enfants de la classe ont déjà vécue. Il s'agit d'un jour de fête où toute la famille (cousins, oncles, tantes) est réunie. On a évidemment dressé une table avec une belle nappe, des fleurs, des bougies, des guirlandes,... Les enfants s'amusent, jouent. Bon, ça chabute tellement que les pères décident d'aller discuter dans une pièce et les mères, quant à elles, vont dans la cuisine préparer le repas. Les enfants continuent, eux, à jouer. A un certain moment, une fillette de 3 ans s'approche de la table: elle désire des chips. Elle s'agrippe à la nappe; une bougie se renverse sur son pull qui prend feu. La petite fille se met à courir en hurlant.

- A l'enfant alors de continuer l'histoire en disant ce qu'il va faire?

- Oui, mais après ses suggestions, Marion encourage aussi les autres enfants à faire des propositions. Elle les note au tableau. Après ce tour d'idées, celles-ci sont reprises avec pour objectif de dégager, avec les enfants, les priorités.

- Qui sera tout d'abord d'éteindre le feu...

- Oui, mais comment? Il s'agira d'immobiliser la victime (si l'enfant court, le feu s'étend encore plus vite). Le feu étouffé, on appliquera sur les brûlures de l'eau courante (méthode dite du cooling). On appellera le 100.

- Une fois ces priorités dégagées, elle va ensuite les reprendre point par point?

- Non, à chaque point dégagé, en même temps, Marion explique ou fait déduire et expliquer par les enfants, toutes les notions importantes. Ainsi le triangle du feu est développé, les tissus à employer pour étouffer un feu (jamais de tissus synthétiques, proposition de lire les étiquettes et reconnaître les tissus à la maison ou à l'école, dans le cadre d'un prolongement).

Pour le cooling, Marion explique pourquoi il faut faire couler de l'eau froide assez longtemps sur la région brûlée. Comme la chaleur se propage dans les couches de la peau, il faut prendre le temps que chacune de ces couches puisse être refroidie. Et pour illustrer ce propos, elle utilise cette comparaison: on prend une casserole à mains nues, c'est impossible. On utilise un torchon, mais très vite la chaleur traverse le torchon. Plions plusieurs fois le torchon, les couches sont plus nombreuses à traverser et donc la chaleur n'atteindra pas les mains. D'après Marion, cette comparaison permet aux enfants de comprendre le principe des couches de la peau et ses réactions au contact avec la chaleur. Ainsi, si on a la rapidité et le réflexe d'appliquer la technique du cooling, de refroidir le corps, le nombre de couches atteintes par la brûlure sera moindre.

- Et que dit-on de ces brûlures?

- Les trois types de brûlures ainsi que leur traitement sont expliqués. Après, elle propose le visionnement d'une vidéo sur ce thème. Celle-ci terminée, Marion demande aux enfants si dans leur entourage, ils connaissent des personnes qui ont été victimes de graves brûlures. Après discussion, Marion conclut l'animation en insistant sur le fait que beaucoup d'accidents auraient pu être évités ou être moins graves; il est important de réfléchir avant, au calme, et d'apprendre ce que l'on peut faire. A 11, 12 ans, on est tout à fait capable d'agir vite et bien.

- Est-ce que l'enseignant peut reprendre l'animation?

- Bien sûr, il reçoit des supports pédagogiques et des affiches; chaque enfant reçoit une brochure «Le feu, ami ou ennemi», une information plus concise sur les brûlures ainsi que des affichettes.