

revue d'information bimestrielle gratuite
- accueil en groupe ou individuel
- loisirs (sorties sportives, culturelles,...).

Infor Homosexualités Belgique, 57 avenue de Roodebeek, 1040 Bruxelles, tél. 02/733.10.24.

Périnatalité

Le numéro 1 d'une nouvelle revue d'Infor-Allaitement est sorti au mois de septembre. Son contenu: nouvelles de l'association, dossier sur l'allaitement maternel, revue de presse, lectures, témoignage.

Pour recevoir la revue et devenir membre sympathisant, la cotisation annuelle est de 500FB à verser au compte de l'association 001-1502860-18.

Infor-Allaitement, Grande Rue au Bois 82, 1030 Bruxelles, tél. 02/242.99.33.

Emploi - Demande

Graduée en diététique, diplômée en juin 1991, cherche emploi dans son secteur. Titre du travail de fin d'études: «Album de photos 1991, outil visuel destiné à améliorer le côté quantitatif des anamnèses alimentaires faisant appel à la mémoire».

Brigitte Meuleman, chaussée de Stockel 63, 1200 Bruxelles, tél. 02/771.37.91.

Vous êtes un organisme ou une équipe actifs en éducation pour la santé

Vous souhaitez en informer le public

Une place vous est réservée dans la 2ème édition de

«L'annuaire des équipes et organismes actifs en éducation pour la santé de la Communauté française de Belgique»

actuellement en élaboration - Parution début 1992
Contactez-nous au moyen du formulaire ci-joint

Formulaire pour la 2ème édition de «L'annuaire des équipes et organismes actifs en éducation pour la santé de la Communauté française de Belgique»

Remplissez un maximum de renseignements si vous n'êtes pas dans la 1ère édition. Ne remplissez que le nom de l'équipe et les modifications si vous êtes déjà dans la 1ère édition.

Nom de l'équipe:

Sigle:

Nom de l'organisme:

Date de création (équipe):

Agréé par:

Adresse:

Téléphone:

Telex:

Telefax:

Messagerie:

Responsable de l'équipe:

Fonction du responsable:

Personne contact:

Fonction du contact:

Nombre de personnes composant l'équipe:

Activités:

Public visé:

Publications produites par l'équipe:

Cette équipe possède une cellule documentaire:

Types de documents:

Langues parlées dans l'équipe:

Jours et heures d'ouverture:

Remarques:

Formulaire à renvoyer à RESODOC - UCL - Faculté de Médecine
Centre Faculté niveau -1, Avenue Mounier 50, 1200 Bruxelles.
Tél.: 02/764.56.44 et fax 02/764.53.22.

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



EDUCATION SANTÉ

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

MENSUEL (NE PARAIT PAS EN JUILLET ET EN AOUT) NOVEMBRE 1991 ISSN 0776-2623

62



**Quelle image
le grand public
a-t-il des
accidents
domestiques ?**

p. 4

Stratégie

VIG : en Flandre aussi, on légifère p. 3

Réflexions

Liège et Copenhague, villes-santé, par Anne-Marie Paul p. 10

Quelle éthique pour l'éducation pour la santé, par Michel Demarteau p. 11

Initiatives

Evaluation du "Petit déjeuner malin", par Robert Bontemps p. 16

Lu pour vous

Tout sur les soins à domicile p. 24

Médicaments : comment récolter intelligent p. 25



Vu pour vous

A vos magnétoscopes : toujours le Canada p. 32

Au revoir, Jacques

Le rédacteur en chef d'Education Santé nous quitte. Eh oui, Jacques Henkinbrant est appelé dès le 1er novembre à de nouvelles fonctions au sein de l'«Agence de prévention du sida» récemment mise sur pied en Communauté française de Belgique.

Après un travail en commun de plus de dix ans, qui nous a permis de faire de notre revue un outil largement apprécié, ce n'est pas sans émotion que nous tournons cette page importante dans la vie d'Education Santé.

Nous avons pu apprécier à leur juste valeur ses qualités de rédac' chef: une vision cohérente et pleine de bon sens de l'éducation pour la santé, un sens aigu de la pédagogie, une plume alerte, un calme olympien dans les moments difficiles - la relative indépendance d'esprit d'Education Santé nous a valu de nombreux témoignages de solidarité, mais aussi quelques solides inimitiés. Bref, il ne sera pas simple de le faire oublier...

Jacques ne dit pas pour autant adieu au secteur de l'éducation pour la santé qui lui tient tant à cœur. Il conservera d'ailleurs au sein de la revue une fonction de «conseiller de la rédaction» qui lui permettra de nous faire encore profiter de son expérience et de ses compétences.

D'autre part, il va de soi qu'Education Santé se fera un devoir d'informer ses lecteurs des initiatives qui ne manqueront pas de se multiplier dans le domaine de la prévention du sida. Nous vous donnons rendez-vous dès le mois prochain pour les débuts d'une nouvelle aventure en promotion de la santé...

En attendant, la vie continue, et nous vous livrons ce mois-ci encore un numéro assez dense, mettant l'accent à plusieurs endroits sur l'évaluation. Ainsi Chantal Vandoorne s'attache-t-elle, au départ des animations de la Maison Géante, à mieux préciser les représentations qu'ont les gens des accidents domestiques. Anne-Marie Paul se livre quant à elle à une intéressante comparaison des approches différentes que deux villes-santé comme Liège et Copenhague peuvent avoir de la promotion de la santé de leurs citoyens. Robert Bontemps de son côté nous en dit plus sur les comportements, les opinions et les connaissances des enfants concernant l'alimentation et le petit déjeuner.

Ce que vous ne trouverez pas par contre dans les pages qui suivent, ce sont les dossiers de présentation des deux nouveaux services agréés, les Femmes Prévoyantes Socialistes et Vie Féminine, que nous vous annonçons (avec des réserves) dans notre numéro précédent. En réalité, nous n'avons rien reçu, pas même un accusé de réception de notre courrier. C'est dommage, mais nous espérons que ce n'est que partie remise, comme nous espérons aussi pouvoir vous présenter dans un futur proche le dernier en date des services agréés, Cultures et Santé.

En attendant, et pour nous consoler, nous pouvons déjà vous annoncer un numéro de fin d'année plus coloré que d'habitude. D'ici là, bonne lecture!

Christian De Bock, rédacteur en chef

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

Rédacteur en chef:
Christian De Bock.

Conseiller de la rédaction:
Jacques Henkinbrant.

Secrétaire de rédaction:
Christian De Bock

Secrétaire de rédaction adjoint:
Roger Swinnen.

Documentation, abonnements:
Maryse Van Audenhaege.

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

Editeur responsable: Jean Hallet.

Maquette: Philippe Maréchal.

Composition: P&E.

Photogravure et impression:
Economat ANMC.

Tirage: 2900 exemplaires.

Diffusion: 2500 exemplaires.

ISSN: 0776 - 2623.

Les articles publiés par Education Santé n'engagent que leurs auteurs. La revue n'accepte pas de publicité. Les textes parus dans Education Santé peuvent être reproduits après accord préalable de la revue et moyennant mention de la source.

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

Troisième âge Mons

Novembre 1991 à mai 1992

Le Centre de Perfectionnement et de Recherche en Travail Social organise des sessions de formation autour d'un thème central: les personnes très âgées et dépendantes. Quelques sujets plus particulièrement abordés: soins à domicile, pension, législation, psychologie, relation d'aide, maisons de repos, démences, dépression,...

Programme complet et conditions: Centre de Perfectionnement et de Recherche en Travail Social, rue du Gouvernement 50, 7000 Mons, tél. 065/33.56.86, fax: 065/35.11.77.

Santé mentale Tournai

15 novembre 1991

Le Centre d'Enseignement Supérieur Economique, Paramédical et Technique organise une journée d'étude sur le thème de la kinésithérapie en santé mentale.

Quelques thèmes des conférences et ateliers (programme provisoire):

- L'enfant et son corps, comment l'aider à s'y sentir bien
- Les thérapies cognitives comportementales et leurs applications à la kinésithérapie
- Les personnes âgées et leur corps, comment gérer leurs difficultés
- Pratiques psychomotrices en crèche
- Traitement kinésithérapique des céphalées de tension
- Traitement kinésithérapique des insomnies psycho-physiologiques chroniques
- Prisé en charge du toxicomane en milieu hospitalier
- Pratiques psychomotrices auprès des personnes âgées hospitalisées.

Renseignement: C.E.S.E.P.T., Monsieur Daniel Huez, rue Paul Pastur 73, 7500 Tournai, tél. 069/22.56.12.

Education du patient Liège

23 novembre 1991

«Comment communiquer?», tel est le thème de cette «Troisième journée d'éducation du patient», organisée par les Directions médicale et infirmière du C.H.R. de la Citadelle et par le Groupe Information et Education du Patient.

Le programme:

- Stratégies et moyens pour une politique d'éducation et d'information du patient (A. Lovinfosse);
- Quand le cerveau parle... (Ch. H. Russon);
- Communication et qualité des soins (A. Deccache);
- Informations concernant les ateliers «Espaces-Rencontres» de l'après-midi, sur les sujets suivants (alcool, sida, diabète, oncologie, cardiologie, patient stomisé, incontinence urinaire, enfant à l'hôpital, structure et personnes ressources de l'éducation du patient).

Inscription: 400 FB (repas 350 FB) à verser au compte 083-2466290-68 de l'Hôpital de la Citadelle.

Renseignements et inscriptions: C.H.R. de la Citadelle, secrétariat du nursing, Bd du XIIème de Ligne 1, 4000 Liège. Tél.: 041/25.60.48.

Enfant Bruxelles

23 novembre 1991

Colloque «L'enfant obèse», organisé par l'European Childhood Obesity Group, le samedi 23 novembre 1991 de 8h30 à 12h30, à la Maison des Associations Internationales, rue de

Washington 40, 1050 Bruxelles.

Renseignements: Dr Walter Burniat, Hôpital Universitaire des Enfants - ULB, avenue J. Crocq 15, 1020 Bruxelles, tél. 02/477.31.52, fax 02/477.32.89.

Education pour la santé Bruxelles

21 mars 1992

Journée «éducation pour la santé» RESO-UCL Unité d'éducation pour la santé.

Tabagisme Buenos Aires

19 au 24 Avril 1992

Huitième Conférence Mondiale sur le Tabac et la Santé: «Pour un monde sans tabac».

Frais d'inscription (avant le 1/1/1992): 300 USD.

Renseignements: The Conference Secretariat Office of the Union Antitabacica Argentina, C.C. 3260 (1000) Correo Buenos Aires, Argentine.

Sexualité

A l'occasion de son récent déménagement, rappelons les principales activités d'Infor Homosexualités Belgique:

- permanences téléphoniques les lundi et mardi de 18 à 20h et le mercredi de 19 à 23h
- exposés dans les écoles secondaires et supérieures
- bibliothèque (environ 2000 publications), accessible le mercredi de 20 à 23h
- publications de brochures et d'une

Les documents renseignés dans cette rubrique peuvent être consultés au centre de documentation d'Infor Santé, rue de la Loi 121 (3e étage), 1040 Bruxelles, du lundi au vendredi, uniquement sur rendez-vous (tél. 02/237.48.53).

MATÉRIEL

ALIMENTATION

● L'alimentation des adolescents. Recommandations et conseils pratiques, CIDIL, Paris, sd, 34p., brochure, ali51

ANATOMIE/PHYSIOLOGIE

● L'appareil uro-génital, Question Santé, Bruxelles, 09/1991, fiche.

MEDICAMENT

● Les Antidouleurs, Infor Santé ANMC, Bruxelles, 1991, dépliant, med13
● Les Antidouleurs, Infor Santé ANMC, Bruxelles, 1991, affiche

OEIL

● La prunelle de vos yeux. Problèmes de vision de l'enfant, Infor Santé ANMC, Bruxelles, 1991, dépliant, poe03
● La prunelle de vos yeux. Problèmes de vision de l'enfant, Infor Santé ANMC, Bruxelles, 1991, affiche, poe04

VACCINATION

● Il n'existe pas de vaccin contre l'hiver. Il existe un vaccin contre la grippe, Question Santé, Bruxelles, 1991, dépliant, vac14
● Il n'existe pas de vaccin contre l'hiver. Il existe un vaccin contre la grippe, Question Santé, Bruxelles, 1991, affiche, vac15
● Il n'existe pas de vaccin contre l'hiver. Il existe un vaccin contre la grippe, Question Santé, Bruxelles, Réponses, n°spéc., 09/1991, 7p., brochure, vac16

LIVRES

ADOLESCENT

● Les comportements alimentaires des jeunes de la Communauté française de Belgique, Promes ULB, Bruxelles, Santé Pluriel, n°4, 1991, 41p., 200FB, enquête, vij22

ALCOOLISME

● PARTANEN J., MONTONEN M., L'alcool et les médias, OMS - Bureau Régional de l'Europe, Copenhague, 1990, 94p., 8FS, asa24

ALIMENTATION

● YAICH J.-L., La faim en soi. Guide du comportement alimentaire, Paris, Ed. du Seuil, 1991, 230p., 99FF, ali56
● Le Voyage Gourmand. Dossier enseignant, CFES / CDES du Doubs, Vanves / Besançon (F.), 1991, 130FF, brochure pédagogique + fiches + jeux, ali57

CANCER

● PAPANDREOU V., DEGIMBE J., SASCO A., et al., L'Europe contre le cancer, Commission des Communautés Européennes - Direction Générale de l'emploi, des relations industrielles et des affaires sociales, Luxembourg, Office des publications officielles des Communautés Européennes, Europe Sociale, n°1, 1991, pp.3-144, revue, pca25

EDUCATION POUR LA SANTE

● L'éducation pour la santé à l'école dans la Communauté française de Belgique, Promes ULB, Bruxelles, Santé Pluriel, n°5, 1991, 46p., 200FB, enquête, eps39

EXERCICE PHYSIQUE

● PIERON M., VRIJENS J., Livre blanc sur la condition physique des jeunes en Belgique. Synthèse, COIB / Fondation Roi Baudouin, Bruxelles, 1991, 16p., 250FB, aph24

FORMATION / COMMUNICATION

● REMOUCHAMPS R., TILMAN F., Créativité et innovation dans les entreprises et les organisations, Bruxelles / Lyon, Ed. Vie Ouvrière /

Chronique Sociale, 1991, 160p., 645FB, for34
● FOUREZ G., Eduquer. Ecoles, Ethiques, Sociétés, Bruxelles, Ed. De Boeck Wesmael, 1990, (Pédagogies en développement), 219p., 600FB, for35

HANDICAP

● Guide de la personne handicapée. 1991. Aperçu des dispositions nationales, Secrétariat d'Etat à la politique des handicapés / Ministère des Affaires Sociales, Bruxelles, 1991, 204p., han03

MALADIE

● CONGARD P., BONFILS S., L'intestin douloureux, Paris, Ed. Hermann, 1991, (Ouverture médicale), 122p., 48FF, pat49
● 10 ans - Réseau des médecins vigies. L'enregistrement de la morbidité en Belgique, IHE / SSMG, Bruxelles, 1991, 78p., pat50

MEDECINE PREVENTIVE

● Vos 100 questions sur le dépistage. Coeur - cancers - diabète, Association contre le Cancer, Bruxelles, 1991, pre03

POLITIQUE DE SANTE

● Santé en Communauté française, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Bruxelles, 1991, 61p., brochure, pol38

SANTE MENTALE

● Le médecin généraliste belge face aux tentatives de suicide, IHE service épidémiologie, Bruxelles, 1991, 23p., pam24

TABAGISME

● BRISSETTE F., Comment arrêter de fumer. Un pas vers la liberté, Ed. Balfour, 1990, 146p., ast42
● Monique AMEL, Lucie STRAIKE, Compartiment fumeurs. Traité de cigarettologie moderne, Paris, Le Pré aux Clercs, 1991, 135p., 79FF, ast43

VACANCES / LOISIRS

● Conseils aux voyageurs se rendant dans les pays tropicaux ou subtropicaux et le bassin méditerranéen, Ophaco / SmithKline Beecham, 1991, 100p., sml03

L'éducation pour la santé en Flandre

Le 31 juillet 1991, l'Exécutif flamand approuvait un arrêté relatif à la promotion de la santé.

Les trois niveaux

Le ministre communautaire chargé d'organiser, coordonner et évaluer les activités de promotion de la santé peut faire appel à trois niveaux: le Vlaams Instituut voor Gezondheids-promotie (VIG), les organismes-ressources (voorzieningen) et les projets.

L'Institut a été créé sous forme d'a.s.b.l. avec son assemblée générale, son conseil d'administration, un conseil scientifique et des groupes de travail fonctionnels.

Ses fonctions sont de coordonner, soutenir et planifier les activités, et de produire des études, notamment au profit des deux autres niveaux. Neuf personnes constituent l'équipe.

Les ressources sont réparties en trois catégories.

Catégorie A - organismes «généralistes», actifs sur plusieurs terrains: Croix-Rouge, mutualités chrétiennes et socialistes, WVH (médecins généralistes), GVO Farmaka.

Catégorie B - organismes ayant leur siège social à l'Institut et mettant 30% de leur personnel à sa disposition: KKAT (comité anti-tabac), Interprovinciaal Aidscoördinaat, VAD (équivalent du CCAD).

Catégorie C - organismes s'occupant de prévention du cancer ou des affections respiratoires.

Caractéristiques que doivent avoir ces organismes-ressources :

- faire en permanence de la promotion de la santé ou en traiter un aspect;
- s'adresser à l'ensemble de la Communauté flamande;
- assurer la continuité et l'évaluation des campagnes d'information et d'éducation, en collaboration avec l'Institut pour ce qui est des méthodes de travail;

- promouvoir en permanence la collaboration avec les autres ressources, l'Institut, le Ministre et les initiatives prises en dehors du secteur de l'éducation pour la santé;
- collaborer en priorité aux campagnes et projets inscrits au plan d'action du Ministre;
- avoir 3 ans d'expérience minimum en promotion de la santé;
- collaborer aux évaluations organisées par l'Institut;
- se soumettre aux inspections de l'Administration;
- ne pas avoir de but lucratif, et tenir une comptabilité séparée des activités visées par l'arrêté;
- satisfaire aux critères généraux et spécifiques de reconnaissance;
- ne discriminer personne sur le plan de la race, de la nationalité, du sexe, de l'opinion religieuse ou philosophique, et des moyens de subsistance.

Les organismes-ressources comme les associations ayant la personnalité juridique peuvent introduire des projets. Ils doivent satisfaire à certaines conditions, et peuvent être subsidiés pendant 3 ans maximum, avec maximum 5 millions par an.

Autres caractéristiques

Le VIG ne peut pas développer de projets propres. Logique, sinon, qui les superviserait et les évaluerait ?

Le VIG apportera un soutien méthodologique aux organismes-ressources et stimulera la coordination entre eux.

Le Conseil scientifique choisira ses membres parmi les spécialistes de l'éducation pour la santé.

L'Institut devra aussi prévoir les formations et recyclages nécessaires pour les travailleurs du secteur.

Comme vous pouvez le constater à la lecture de ce qui précède, l'option choisie est sensiblement différente de la philosophie à la base de la réorganisation intervenue dans le

secteur de l'éducation pour la santé en Communauté française à la fin 1988. Au pari d'exploiter au mieux les compétences «historiques» de toute une série de services, avec une coordination communautaire légère, s'oppose ici une volonté de rationalisation, voire de centralisation, qui a d'ailleurs suscité pas mal de grincements de dents et d'amendements en Flandre.

L'avenir nous dira si ce nouveau système est performant...

VIG, Eendrachtstraat 56, 1050 Brussel. Tél.: 02/512.54.55.

d'après GO Nieuws ■

Comment introduire une demande de subvention ?

Education Santé a déjà souligné plusieurs fois l'intérêt pour qui souhaite obtenir un financement public d'utiliser la «grille d'analyse d'un projet de programme d'éducation pour la santé» mise au point par la Cellule permanente éducation pour la santé. Cet outil peut aider les promoteurs d'un projet à clarifier leurs objectifs et à structurer leur plan de travail. Pour rappel, il a été publié dans le numéro 58.

Certains ont souligné à juste titre la complexité relative de cet outil, et un groupe de travail a planché sur une nouvelle formule, plus simple à exploiter.

La nouvelle grille est basée sur l'APPRET, que nos lecteurs connaissent bien puisque nous avons publié intégralement le document de Michel Demarteau dans nos numéros de janvier et février. Elle va être testée par l'APES avec quelques candidats.

Ceux qui le souhaitent peuvent déjà utiliser cette nouvelle grille, en attendant sa probable publication dans nos colonnes. Elle est disponible à l'adresse suivante: Dr Lonfils, Ministère de la Culture et des Affaires sociales, Direction générale de la santé, Bd Léopold II 44, 1080 Bruxelles, tél.: 02/413.26.10. ■

Expériences et représentations de l'accident et de la prévention

Dans le cadre du programme R.A.S. (Réseau Actions Sécurité) coordonné par Educa-Santé, l'A.P.E.S. et le C.E.R.E.S. de l'Université de Liège ont effectué une synthèse des éléments d'évaluation recueillis en 1989 et 1990 à propos des représentations de l'accident domestique, parmi les visiteurs de la «Maison Géante».

Cette première approche structurée des représentations a pour but de stimuler la réflexion des relais, de favoriser l'adaptation des objectifs et stratégies de prévention à l'état actuel des connaissances, attitudes et opinions du public. Au delà d'une première sensibilisation, comment les Foyers d'actions locaux (2ème phase du R.A.S.) vont-ils développer dans le public des comportements de prévention efficaces, durables et transférables dans une grande variété de situations ?

Aspects méthodologiques

CADRE CONCEPTUEL

Certains items introduits dans les questionnaires d'évaluation de la Maison Géante à Bruxelles, Liège et Charleroi avaient pour but de mieux connaître les expériences et les représentations des visiteurs par rapport aux accidents domestiques. Le postulat sous-jacent est que les attitudes et comportements par rapport à la prévention des accidents domestiques sont liés à la manière dont chaque individu conçoit, définit ou explique le phénomène «accident».

L'accident évoque-t-il d'abord les

conséquences physiques néfastes, voire les séquelles irréversibles ? Est-ce surtout le caractère inattendu ou la part de hasard qui frappe les esprits, ou encore le caractère évitable de l'accident ? Parallèlement à ces différentes conceptions de l'accident, les possibilités de réponses individuelles s'inscrivent sur plusieurs registres:

- le **secourisme**, la connaissance des réactions adéquates en cas d'accident, afin d'en limiter les effets néfastes;

- le **fatalisme**, l'impression que l'exposition à un accident est une question de probabilité, de hasard, et qu'on ne peut en influencer l'apparition;

- la **prévention**, c'est-à-dire mise en place de stratégies variées pour tenter d'éviter les accidents : surveillance, suppression des risques, recours à des moyens de protection, apprentissage et éducation au risque.

Dans ce dernier registre, qui représente le domaine d'action préférentiel du Programme Coordonné de Prévention des Accidents domestiques, il faut alors définir quels moyens de prévention le public envisage préférentiellement.

Ces modalités de prévention devraient être mises en relation avec deux axes de la réflexion théorique dans ce domaine (1) :

a) *L'explication multifactorielle de l'étiologie des accidents* : triangle individu - entourage humain, environnement matériel, dont les mécanismes de fonctionnement ont été développés par ailleurs.

b) *Les différentes catégories d'objectifs sélectionnées par le programme R.A.S. pour développer les comportements de prévention parmi les éducateurs et les relais psycho-socio-médicaux:*

- développer une meilleure **perception** des risques et surtout **des situations à risque**;

- développer des stratégies de **protection** ou de **suppression du risque** : aménager l'environnement; utiliser des matériels de protection ou des matériaux et objets «sécurité»; augmenter la vigilance.

- développer des **stratégies d'éducation** : apprendre non seulement à reconnaître et éviter le danger mais surtout à maîtriser le risque.

MÉTHODES DE RECUEIL DES INFORMATIONS

Les enquêtes réalisées à Bruxelles (1), à Charleroi et à Liège (2) à l'occasion des activités d'évaluation de la Maison Géante fournissent quelques pistes de réflexions sur divers points de cette problématique. D'autres éléments d'information proviennent du questionnaire administré par la Ligue des Familles - Section de Liège (3) - lors d'une animation entourant la visite de la Maison Géante.

Chacune des enquêtes a utilisé un élément déclencheur spécifique pour faire émerger les représentations des visiteurs par rapport aux accidents domestiques et à la prévention de ceux-ci.

▲ BRUXELLES 89

Les visiteurs devaient sélectionner des opinions ou des comportements

Comment en effet concurrencer les mannequins des magazines, comment incarner la «super-mère» tenant son bébé d'une main et une casserole de l'autre?

L'impossibilité de jouer ces rôles les amène à réfléchir sur la maternité, le travail et la société. Quoi qu'il en soit, ces femmes ont su relever le pari de leur épanouissement contre vents et marées.

Vivre au jour le jour

○ *Ou un film sur les soins palliatifs aux malades en phase terminale.*

Ici la mort n'est pas un sujet tabou. On en parle même librement, avec soulagement et non sans espoir.

Le Service des soins palliatifs de l'Hôpital Royal Victoria de Montréal - présenté dans ce reportage - s'est donné pour mission d'aider les malades en phase terminale et les personnes de leur entourage à affronter les pénibles moments qui s'avancent inexorablement vers eux.

○ Les personnages de ce film sont d'une dramatique réalité : vieillards ou victimes, parfois jeunes, du cancer. Emergent quelques personnes en pleine possession d'elles-mêmes, qui nous captivent par leurs confidences. En particulier, un jeune homme de 22 ans qui a obtenu d'aller mourir à la maison, entouré de ses parents.

Le travail de l'équipe s'étend en effet hors les murs, auprès des malades et de leur famille. Il s'agit surtout d'offrir un contact humain au mourant.

Concrètement, on s'adapte constamment à de nouvelles limites avec des moyens qui s'amenuisent, ce qui demande

des idées, de la débrouillardise, une grande disponibilité et une constante empathie.

Derrière tout cela, une unité multidisciplinaire composée du médecin, des infirmières, du physiothérapeute, du psychiatre, du préposé à la pastorale et de personnes-ressources qui se réunissent régulièrement, et dont il faut surveiller perpétuellement le niveau de stress, tant cette réalité est difficile à affronter...

Ce document très émouvant donne une idée positive des soins palliatifs. Ceux-ci - à l'hôpital ou à domicile - visent à éviter la douleur et à apporter le plus grand confort physique, psychologique et affectif possible, par une disponibilité et une coordination maximale des membres de l'équipe.

Il s'adresse plus particulièrement à un large public et se prête à une utilisation poussée dans les cercles professionnels spécialisés, fréquemment en contact avec des



malades en phase terminale.

Comme vous le savez à présent, une présentation complète de ces deux programmes (analyse documentaire, fiche d'appréciation et fiche technique) figure dans la dernière édition du catalogue-guide Education pour la Santé de la Médiathèque : «**Le vent dans les voiles**» (SO 3016) page 157 et «**Vivre au jour le jour**» (SO 3017) page 195.

Le mois prochain, nous vous proposerons - en avant-première - quelques nouveaux programmes repris dans la collection Education pour la Santé depuis la sortie du catalogue en hiver dernier.

Les programmes vidéo de la collection Education pour la Santé sont en prêt dans tous les services de la Médiathèque de la Communauté française de Belgique au prix de 100 francs par semaine. Sans oublier le tarif préférentiel accordé aux écoles et aux associations...

Pour d'autres renseignements : Eric Vandersteenen (041/42.53.90)

Pour rappel

Le service Education pour la Santé de la Médiathèque de la Communauté française de Belgique a déménagé.

N'hésitez pas à prendre contact avec nous à l'adresse suivante :

Palais des congrès, bte 7, Esplanade de l'Europe, 4020 Liège. Tél.: 041/42 53 90. Fax: 041/41 30 96.

Vu pour vous

A vos magnétoscopes

Tous les mois, la Médiathèque de la Communauté française de Belgique vous fait découvrir quelques programmes vidéo «coup de coeur» parmi les dernières acquisitions de sa collection Education pour la Santé.

Depuis quelques mois déjà, cette rubrique explore presque systématiquement les derniers programmes canadiens récemment acquis par la Médiathèque : il s'agit, dans la plupart des cas, de films remarquablement réalisés - et interprétés dans le cas particulier des fictions - abordant de manière riche, optimiste et originale certains problèmes pour le moins délicats (la bioéthique, les enfants maltraités, la vieillesse, la maladie d'Alzheimer, le handicap physique, ...).

Le vent dans les voiles

Ou quand quatre femmes handicapées témoignent sans détour de leur quête d'autonomie.

Etre femme et travailleuse est souvent synonyme de double emploi. Mais pour celle qui souffre de limitations fonctionnelles, travailler représente une somme encore plus grande de difficultés.

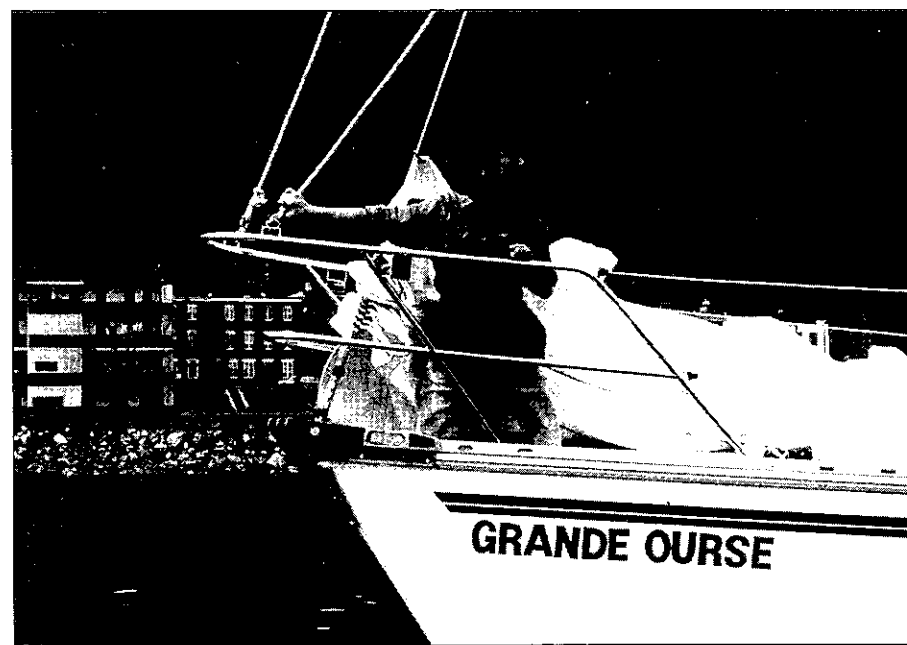
Quatre femmes, une orthopéda-gogues, une avocate, une journaliste et une animatrice de groupe, nous expliquent comment elles ont surmonté les barrières physiques et psychologiques pour parvenir enfin à l'autonomie.

Pour ces femmes, la vie quotidienne, dans ce qu'elle a de plus ordinaire, comporte parfois d'importants obstacles. Comment, par exemple, se déplacer en ville ou faire la cuisine, clouée dans un fauteuil roulant?

Lina qui a recommencé ses études à l'âge de vingt-cinq ans est maintenant orthopéda-gogues. Grâce à son travail, elle a pu acquérir une camionnette, spécialement adaptée à ses besoins, ainsi qu'un appartement dont elle a fait modifier les plans de la cuisine, de façon à rendre tout plus fonctionnel pour elle... Aujourd'hui, Lina peut aller où elle veut et réussit à se débrouiller toute seule à la maison.

«L'autonomie, dit-elle, est ce qu'il y a de plus précieux.»

Louise est avocate. Selon elle, les femmes et plus encore les femmes handicapées doivent être doublement productives. Elles sont en quelque sorte «condamnées à l'excellence». Mais pour Louise qui a réussi professionnellement, il reste d'autres facteurs d'ordre pratique à surmonter. En la suivant dans le métro, nous constatons par exemple que les stations sont inaccessibles aux fauteuils roulants et présentent même des difficultés pour les personnes âgées.



«Le vent dans les voiles», une rencontre avec quatre femmes qui ajoute une dimension de plus à la réflexion sur la condition féminine

Nancy rêvait d'être journaliste. Consciente des conditionnements et des préjugés qui rendent plus difficile la poursuite d'une carrière pour une personne handicapée, elle a étudié sans relâche pour montrer ce dont elle était capable. Aujourd'hui, elle combine avec bonheur sa vie professionnelle à ses activités de mère d'une jeune enfant.

Enfin, Linda, animatrice d'un groupe de personnes handicapées, défend les droits de ses compagnes : «On est maintenant prêtes à militer aux côtés des féministes parce que nous aussi on a un corps, une sexualité et nous aussi on peut être victimes d'agressions...»

Vaincre leurs peurs et leurs doutes, réussir même sans être encouragées par leurs proches - «Tu ne seras pas capable», s'entendent-elles dire à longueur d'année - et surmonter les stéréotypes imposés aux femmes, voilà qui n'est pas une mince tâche.

par rapport aux deux cas suivants :

Cas 1 : Le fils de vos amis (2 ans) est transporté d'urgence à l'hôpital suite à une chute dans les escaliers chez ses parents. Qu'en pensez-vous ?

Cas 2 : Un garçonnet de 5 ans joue aux «légo» avec son petit frère de 16 mois. Que faites-vous ?

D'autres questions que nous exploiterons ici étaient posées sans référence à une situation particulière : lieux, fréquence et gravité des accidents; actions collectives pour augmenter la sécurité; etc.

▲ LIEGE 90 (CLC)

Appel à l'expérience des visiteurs à propos d'un «presqu'accident».

Avez-vous déjà vu ou vécu une situation où un accident avec un enfant a été évité de justesse ?

Que vous êtes-vous dit au moment de l'incident ?

De quel type sont les accidents qui ont été évités de justesse ?

Avez-vous changé quelque chose dans votre environnement, vos habitudes après cet incident. Ce changement dure-t-il ? Pourquoi ?

D'autres questions avaient trait de manière plus générale aux possibilités d'actions personnelles, collectives, éducatives, pour augmenter la sécurité des enfants.

▲ LIÈGE 90 (LIGUE DES FAMILLES)

Photolangage. Parmi 236 photos disposées sur un panneau, les visiteurs sont appelés à en choisir cinq susceptibles de les aider à donner

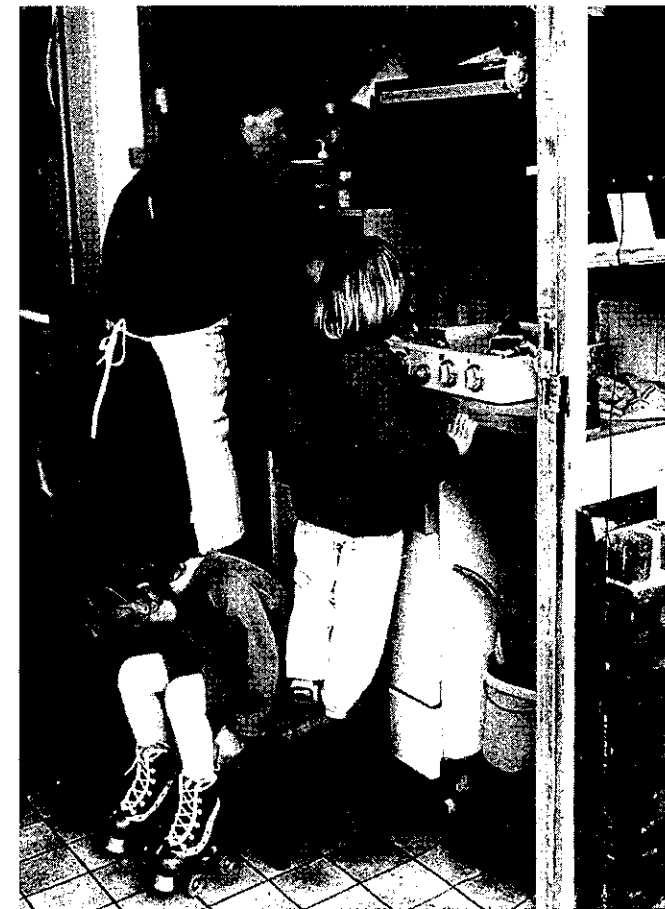


Photo: Zafar

une définition de l'accident domestique. Ils sont ensuite invités à écrire «leur» définition.

Représentations en rapport avec l'accident

L'approche des représentations de l'accident est organisée autour de deux questions :

- la connaissance des types d'accidents les plus fréquents, de leur gravité, des lieux et individus concernés;
- la perception du processus de l'accident, de ses causes et de ses effets.

CONNAISSANCE DE LA FRÉQUENCE ET DE LA GRAVITÉ DES ACCIDENTS

Trois modes de questionnement ont été utilisés pour approcher la connaissance des types d'accidents, de

leur fréquence et de leur gravité.

- Bruxelles : Citer trois principaux dangers de la maison pour des enfants de 2 à 4 ans, du plus grave au moins grave.

- Liège (C.L.C.) : De quel type sont les accidents vécus ou évités de justesse ?

- Liège (Ligue des Familles) : Choisir cinq photos, parmi 236, qui peuvent vous aider à donner une définition de l'accident domestique.

L'examen des convergences entre les régions amène les commentaires suivants :

- Le public ne fait pas de distinction entre gravité et fréquence des accidents : les accidents qui entraînent plus fréquemment la mort, telles que les noyades et

suffocations n'arrivent jamais en tête, certains d'entre eux (tels les noyades) sont très peu représentés dans les réponses.

- D'une manière plus générale, on peut dire que les représentations du public sur la fréquence relative des divers types d'accidents sont assez chaotiques; elles ne reflètent pas systématiquement les données épidémiologiques actuellement disponibles :

- les brûlures et intoxications sont sur-représentées, surtout dans l'enquête de Bruxelles et dans le photolangage. Leur place est toutefois plus proche de la réalité lorsqu'on interroge les personnes sur leurs expériences des accidents ou quasi-accidents;

- les chutes sont nettement sous-représentées, alors qu'elles constituent la première cause d'accident dans toutes les enquêtes et relevés épidémiologiques sur la morbidité.

- Les connaissances sur les lieux porteurs de risques sont globalement exactes, mais l'importance relative de ces lieux par rapport à d'autres lieux à risque est toujours amplifiée :

- la maison et son entourage par rapport aux lieux de loisirs;
- la cuisine et la salle de bain par rapport aux autres pièces (escaliers, salon, ...).

Ces distorsions dans les perceptions du public sont susceptibles de plusieurs interprétations :

- elles peuvent correspondre aux pratiques de prévention qui sont le plus à la portée du public, dans la vie quotidienne;

- elles pourraient également être le reflet des messages qui ont surtout été diffusés jusqu'à présent. Dans ces messages, la brûlure, l'intoxication seraient les «stéréotypes de l'accident», accidents qui frappent l'imaginaire, qui sont moins banalisés que les chutes.

En conséquence, il pourrait être pertinent de développer les messages de prévention liés aux chutes, mais aussi aux noyades et asphyxies, et d'insister sur l'attention à accorder aux lieux de loisirs dans la prévention des accidents.

Tableau 1 : Réflexions après avoir vu ou vécu un presque-accident

Liège, pourcentages (n = 54)

Modification de son comportement	20 %
Critiques par rapport à la situation, remarques sur la manière de l'éviter	20 %
Sentiment de culpabilité	13 %
MAIS AUSSI	
Peur, nervosité, angoisse	20 %
Soulagement	9 %
Intervention	9 %
Questionnement, interrogation	7 %

CONSCIENCE DU PROCESSUS DE L'ACCIDENT

Les définitions relevées dans le questionnaire administré par la Ligue des Familles de Liège font apparaître les éléments suivants :

- L'attention du public est principalement centrée sur les causes des accidents. Parmi celles-ci, l'adulte occupe une place prépondérante.

- Les comportements quotidiens et l'inattention des adultes sont identifiés comme principales causes des accidents. Les comportements de l'enfant ou l'organisation de l'environnement, trois fois moins cités, apparaissent souvent en complément pour expliquer l'accident.

L'importance de cette remise en cause de l'adulte dans la genèse des accidents est également apparue quand on a demandé aux personnes leurs réflexions intimes après avoir vécu ou vu un presque-accident.

L'attention aux causes des accidents est prégnante parmi plus de la moitié du public qui a répondu aux diverses enquêtes. Si ceci semble un facteur favorable pour ancrer des stratégies de prévention, il importerait, pour augmenter l'efficacité de celles-ci, d'aider le public, surtout les éducateurs :

- à nuancer, à mieux analyser la part de responsabilité de l'adulte,

à concrétiser et diversifier la manière dont elle s'exerce;

- à la replacer dans un contexte : circonstances, environnement et comportements de l'enfant;
- à alléger les sentiments de culpabilité et d'angoisse qui y sont souvent attachés.

Il existe donc, dans une grande partie du public, suite à une ou plusieurs sensibilisation(s) (Maison Géante, photolangage, presque-accident), des dispositions favorables au changement dans une optique de prévention.

D'autres résultats appuient cette conclusion :

- 76 % des personnes disent avoir modifié quelque chose dans leur environnement ou leurs habitudes après avoir vécu un «presque-accident» (Liège, C.L.C., 1990);
- parmi les 119 personnes qui qualifient l'accident en tant qu'événement en soi, dans les définitions recueillies par la Ligue des Familles de Liège, les réponses se répartissent comme suit :

Tableau 2 : Définitions de l'accident (n = 619 adultes de plus de 15 ans)

37 %	événement évitable
36 %	événement néfaste
34 %	événement imprévu
10 %	événement subi

La conscience du caractère évitable est donc aussi répandue que la conscience des effets néfastes, elle s'accroît avec l'expérience personnelle. La voie est ainsi ouverte à la prévention primaire des accidents et plus seulement au secourisme (prévention secondaire). Il importe donc :

- de multiplier les événements de sensibilisation, en les rapprochant le plus possible du «vécu», en aidant les personnes à simuler celui-ci ou à ana-

s'est déroulée au mois de juin dernier. Nous y reviendrons dans notre prochain numéro.

Le numéro 3 de la revue Hygie, publiée par l'UIES, fait une large place aux cérémonies ayant eu lieu à cette occasion. La revue profite également de ce numéro pour rejoindre sa maquette.

Chaque numéro de la revue présente des articles et communications (réflexions, actions,...) venus des différentes parties du monde, pour la plupart en anglais, mais avec chaque fois un résumé en français et un résumé des articles les plus importants en espagnol.

Quelques articles au sommaire glanés dans le numéro 3:

- La santé - un effort commun, par le Dr Hiroshi Nakajima, directeur général de l'OMS
- Education pour la santé: opportunités, par James P. Grant, directeur exécutif de l'UNICEF
- Education pour une meilleure qualité de vie, par Victor Kolybine de l'Unesco
- Relever les défis de la santé dans le monde, par Dennis Tolsma, ancien président de l'UIES.

Hygie est une revue trimestrielle. L'abonnement est de 195FF pour un an, numéros individuels: 50FF.

Pour tout renseignement sur la revue: Union Internationale d'Education pour la Santé, rue de l'Ecole de Médecine 15-21, F-75270 Paris Cedex 06. ■

Vade-mecum de la santé

Pour tous ceux qui travaillent dans le domaine de la santé, la structure sanitaire de la Communauté française n'est pas toujours des plus

claires. C'est pourquoi le Ministre des Affaires Sociales et de la Santé a réalisé une petite brochure explicative.

En introduction, un organigramme des services de la Direction Générale de la Santé nous fait entrer dans le vif du sujet: Inspection générale de la médecine préventive, Inspection générale de la médecine curative, Inspection générale des services extérieurs, services du Directeur général.

Six chapitres expliquent ensuite en détail les différents services, par type d'activité, l'un d'eux décrivant bien entendu la structure de l'éducation pour la santé.

Et surtout, le plus important, un index et une liste de quelques adresses de services et ministères vous permettront d'arriver tout de suite au bon endroit.

Cabinet du Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, rue Belliard 7, 1040 Bruxelles, tél. 02/513.65.90. ■

Alternative Santé: atouts et perspectives

La revue Prévenir publie les actes des Rencontres Santé organisées à Marseille en mars 1990, par la Fédération des Mutuelles de France.

Au sommaire de ce numéro hors série:

- L'efficacité des stratégies sanitaires et sociales;
- La prévention dans une stratégie de santé publique;
- Les systèmes d'information, d'action et d'évaluation en santé;

- Protection sociale: entre solidarité et assurance;
- De la médecine d'équipe aux réseaux de santé;
- L'éthique.

La revue Prévenir est éditée par la Coopérative d'Édition de la Vie Mutualiste, BP92, F-13362 Marseille Cedex 10. Ce numéro est disponible au prix de 100FF. ■

Dépistage: coeur, cancer, diabète

Dernier né dans la collection des petits guides tous publics de l'Association contre le Cancer: «Vos 100 questions sur le dépistage».

Le chapitre le plus étoffé est bien entendu celui qui concerne le dépistage des cancers, mais le diabète et les maladies cardio-vasculaires sont également présentés. Des questions comme «quels sont les symptômes du diabète», «tout le monde doit-il être soumis au dépistage du diabète», «peut-on éviter l'infarctus du myocarde», «les cancers sont-ils héréditaires», «en quoi consiste l'auto-surveillance»,... n'ont rien de très original, mais ce livre donne une réponse très synthétique sur les différents aspects du dépistage.

Vos 100 questions sur le dépistage. Coeur - cancers - diabète, Association contre le Cancer, Place du Samedi 13, 1000 Bruxelles, tél. 02/219.19.20. ■

On cherche activement de nouvelles stratégies, principalement en vue d'étendre le champ de l'action éducative et de stimuler la participation de la communauté pour réduire la dépendance à l'égard des médias et stimuler l'esprit critique des consommateurs.

Bref, un tour d'horizon qui n'incite guère à l'optimisme, mais qui a le mérite de la lucidité et est fort bien documenté...

Juha Partanen et Marjatta Montonen, *L'alcool et les médias, Rapports et Etudes EURO 108, OMS, 1990, 94 p., 8 FS.* ■

La bonne santé après 50 ans

Un guide médical permettant de trouver rapidement les informations utiles sur les maladies, incidents et accidents divers qui présentent des risques plus importants pour l'adulte après 50 ans.

L'ouvrage se présente sous la forme d'un petit volume sous épaisse couverture en carton (de quoi résister à pas mal de manipulations!). Il s'articule autour de trois sujets: l'hygiène de vie, la santé, et les problèmes de santé classés de A (accidents vasculaires cérébraux) à Z (zona). En complément, quelques pages sur les urgences, un glossaire et un index.

Pratique mais d'une présentation un peu vieillotte.

Monique le Poncin et Docteur Jean Sautton, *Guide médical Larousse de la bonne santé après 50 ans, 1990, 240 p.* ■

Education du patient: les examens médicaux

Le Bulletin d'Education du Patient consacre son dernier numéro à l'information des personnes devant passer divers examens médicaux. Souvent, les patients ne savent pas exactement comment se dérouleront ces examens, à quoi ils servent, et ne connaissent pas les sensations qu'ils provoquent. Ce manque d'information est source d'anxiété avant et pendant l'examen, alors que souvent la collaboration du patient détermine la fiabilité du résultat.

Le dossier du BEP fait le tour des méthodes d'information, examine diverses études évaluant l'effet de l'information sur l'anxiété du patient, sur sa collaboration pendant l'examen et sur son acceptation d'un examen ultérieur.

Plusieurs organismes, dont le Centre d'Education du Patient lui-même, ont réalisé des fiches d'information sur des examens particuliers: gastroscopie, bronchofibroscopie, etc. On remarque toutefois que ces fiches sont peu (ou pas) distribuées aux patients. Le dossier s'attache à en découvrir la raison.

Examens médicaux, BEP, vol.10, n°2, juin 1991.

Le Bulletin d'Education du Patient est un trimestriel publié par le Centre d'Education du Patient. Renseignements et abonnements: avenue Thérèse 1, 5530 Yvoir, tél. 081/42.22.08. ■

Tabou Santé

L'association française «Jeunes et Santé» publie depuis l'an dernier un journal intitulé «Tabou Santé». Entièrement consacré aux jeunes de 15 à 20 ans, il leur est distribué gratuitement par des partenaires des secteurs social, éducatif, culturel: administrations, collectivités locales, réseaux associatifs ou institutionnels.

Chaque numéro est centré sur un thème particulier. Le premier numéro de Tabou Santé était ainsi consacré aux maladies sexuellement transmissibles et au sida. Il est malheureusement épuisé pour le moment.

Le numéro 2, daté de décembre 1990, est encore disponible: il est consacré aux drogues. Les auteurs des différents articles ont tous comme même objectif de rencontrer et d'informer les jeunes sur ce qui les intéresse vraiment. Interviews, reportages, témoignages, tout le journal essaie de «coller» aux aspirations et aux intérêts des jeunes.

L'information passe, mais sur un ton différent de celui des campagnes de lutte anti-drogue dans lesquelles les jeunes ne se reconnaissent pas toujours.

Nous espérons que cette heureuse initiative se poursuivra et nous attendons les prochains numéros avec intérêt.

Tabou Santé, rue de Tanger 24, F-75019 Paris. ■

L'UIES a 40 ans

L'Union Internationale d'Education pour la Santé a célébré son quarantième anniversaire lors de la Conférence mondiale d'Helsinki, qui

lyser leurs expériences personnelles;

- de canaliser leur potentialité de changement vers des solutions efficaces et pluridimensionnelles (en insistant notamment sur les aspects éducatifs et de responsabilisation de l'enfant, en montrant comment aménager circonstances et environnements favorables à la sécurité).

Représentations en rapport avec la prévention

Les attitudes de prévention par rapport aux accidents domestiques ont été explorées selon trois axes, situés à des niveaux de précision différents :

- les actions collectives (ou sans implication personnelle explicite);
- les actions personnelles;
- les interventions éducatives.

Bien que les trois enquêtes (Bruxelles 89, Charleroi 90 et Liège 90) aient abordé ces concepts de manière légèrement différente, des tendances communes peuvent être dégagées à l'examen des résultats.

LA SENSIBILISATION DE LA COLLECTIVITÉ

Dans les trois enquêtes, l'information de l'entourage est une des propositions les plus souvent re-

Tableau 3 : Liège (n = 120). Question ouverte. Pourcentages.

«A votre avis, pouvez-vous faire quelque chose collectivement pour que les enfants puissent vivre plus en sécurité ?»

Informer l'entourage	43 %
Eduquer aux dangers	17 %
Modifier son comportement, l'environnement	10 %
Imposer des normes, militer	7 %
Participer à des actions	7 %
Omissions	3 %

Tableau 4 : Liège (n = 184). Question ouverte. Pourcentages.

«Pouvez-vous faire quelque chose personnellement pour que les enfants puissent vivre plus en sécurité ?»

Surveiller, prendre des précautions	32 %
Adapter l'environnement	25 %
Eduquer	19 %
S'informer, sensibiliser	11 %
Prévenir	7 %
Connaître l'enfant	3 %
Agir	3 %
Omissions	8 %

tenues pour augmenter la sécurité des enfants.

Cette stratégie, qui implique une attitude de prosélytisme de la part des visiteurs de la Maison Géante, est de loin préférée aux stratégies médiatiques (telles que la publicité pour des produits sûrs). On peut toutefois s'interroger sur la conscience qu'a le grand public de l'impact des médias sur l'opinion. Les médias pourraient par exemple exercer un rôle de soutien par rapport au prosélytisme que provoque la visite de la Maison Géante. A Charleroi, les stratégies réglementaires recueillent également un taux d'adhésion élevé. Elles viennent cependant en troisième position après les stratégies éducatives et la diffusion d'information.

LES ACTIONS PERSONNELLES

La surveillance (et/ou la prudence) et la modification de l'environnement sont les deux types d'actions évoquées par le public en réponse à

des questions ouvertes (tableaux 4 et 5). Les stratégies éducatives apparaissent dans un second temps.

Tableau 5 : Liège (n = 58). Question ouverte. Pourcentages.

«Avez-vous changé quelque chose dans votre environnement, vos habitudes après cet incident ?»

Etre prudent, surveiller l'enfant	34 %
Aménager l'environnement	26 %
Eduquer l'enfant	8 %
Détecter les risques, se méfier	4 %
Omissions	4 %

La balance entre ces trois types de stratégies peut fortement varier selon la situation et les possibilités de prévention intrinsèques, comme cela est illustré par les deux cas proposés à Bruxelles (2). Protection ou apprentissage peuvent être plus ou moins efficaces selon le contexte, la surveillance restant toujours à l'honneur.

L'importance accordée à la surveillance recoupe les conceptions de l'accident illustrées ci-dessus : c'est eux-mêmes que les adultes mettent en cause dans l'accident et fondamentalement, ils situent en eux la lourde responsabilité d'éviter ou non l'accident, même si par

ailleurs ils essaient de réduire les risques en aménageant l'environnement ou en éduquant l'enfant.

Le sentiment de cette responsabilité peut constituer une source de stress pour les adultes entourés d'enfants. Les relais devraient accorder la plus grande attention à convertir ce stress en énergie positive à investir dans l'éducation au risque et l'aménagement de l'environnement. Peut-être, pour ce faire, est-il nécessaire d'illustrer, de rendre concrète, l'efficacité de ces stratégies afin qu'elles soient sources de sécurité mentale pour l'adulte au même titre que la surveillance.

LES INTERVENTIONS ÉDUCATIVES

Il faut aussi supposer que les interventions éducatives sont plus difficiles à maîtriser par l'adulte tout-venant que la surveillance. En effet, les tableaux 4 et 5 illustrent le peu d'importance accordée à une bonne connaissance de l'enfant et à la détection des risques, qui sont pourtant deux piliers, deux préalables indispensables à des interventions éducatives adaptées et à un aménagement judicieux de l'environnement.

Les résultats montrent donc une certaine sensibilité à la composante éducative (tableau 4 : 19% - tableau 5 : 8%), mais il est difficile de savoir ce que les répondants entendent par «éduquer» : attirer l'attention sur les dangers, les expliquer, *apprendre aux enfants à se protéger de ceux-ci, ...?* Il semble en tout cas que, pour bon nombre de parents, éduquer ne veut pas dire «surveiller» ni «interdire» (cf. les deux cas de l'enquête de Bruxelles (2)).

Conclusions - perspectives

Ces quelques informations permettent de conclure à l'efficacité des messages et expériences transmis

lors d'une première sensibilisation à la prévention des accidents domestiques : une proportion appréciable des personnes présentes à ces événements de sensibilisation connaissent les accidents les plus graves, sont persuadées des possibilités de prévention et se sentent responsables de celle-ci.

Il importe maintenant que le programme R.A.S. fournisse au public l'occasion de dépasser cette première sensibilisation, en mettant en place une véritable éducation à la santé, dont les points forts seront :

- Enrichir les représentations et connaissances à propos des accidents afin d'attirer l'attention sur des accidents plus fréquents, même moins graves, ou sur des lieux et des circonstances d'accidents moins souvent évoqués.
- Augmenter les capacités d'attention et d'analyse par rapport aux particularités de la vie et de l'entourage quotidiens, afin de détecter les risques d'accident spécifiques.
- En conséquence, éviter le recours systématique aux solutions de protection «prêt-à-porter», pour mettre en place les mesures de prévention les plus adaptées à chaque cas.
- Enfin, augmenter la confiance dans les mesures de prévention «positives», dont le gain dépasse largement le thème des accidents domestiques : éducation au risque, augmentation du bien-être physique et mental.

Plusieurs initiatives en cours dans le cadre du programme R.A.S. 1991 suivent ces pistes, notamment :

- à l'O.N.E., la création de fiches qui mettent en relation comportements positifs d'apprentissage de la sécurité auprès des enfants et

mesures de protection dans dix situations classiques d'accident. Ces fiches ont pour but de stimuler les parents à mieux observer leur enfant et leur environnement, à développer les comportements positifs auprès des enfants;

- dans les crèches de Charleroi, un projet visant une diversification et une meilleure adaptation des jouets au développement de l'enfant, ainsi qu'une revalorisation du jeu enfant-adulte;
- dans un vidéo produit par l'I.E.I.A.S. pour les personnes âgées, l'illustration de situations de quasi-accidents, dont les protagonistes tirent des leçons pour augmenter leurs comportements de sécurité.

Chantal Vandoorne

Références

- (1) Voir à ce propos : C. Vandoorne, Réflexions méthodologiques à propos du Programme coordonné de Prévention des Accidents domestiques, Liège, C.E.R.E.S. de l'Université de Liège, septembre 1991.
- (2) C. Lafontaine, M. Demarteau, «La maison géante: vivre et grandir en sécurité», Evaluation de deux actions de sensibilisation à la prévention des accidents domestiques chez les jeunes enfants, Liège, APES, juillet 1989.
- (3) C. Lafontaine, Enquête administrative en avril 1990 aux visiteurs de la Maison Géante à Liège, FARES, Commission Locale de Coordination de Liège. ...
- (4) C. Saccomano, Quand banalité devient source de danger - La Maison Géante devient Maison Méchante, Liège, Ligue des Familles, Action Santé, décembre 1990.

Cette étude permet d'évaluer le nombre de tentatives de suicide avec lequel le médecin généraliste est confronté; on n'y trouvera donc aucune indication sur le nombre total de tentatives de suicide en Belgique.

Les différents aspects étudiés sont le profil des personnes qui tentent de se suicider (sexe et âge), les moyens les plus fréquemment utilisés, les suites (hospitalisation, décès, contacts ultérieurs avec le généraliste), le passé psychique et la situation socio-économique avant la tentative.

○ *Le médecin généraliste belge face aux tentatives de suicide, Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie, service d'épidémiologie, septembre 1991. ■*

La faim en soi

Les régimes les plus fous ou les plus sages ne sont jamais que variantes et digressions autour du même thème: pour mincir, il «suffit» de moins se nourrir. Mais on n'y arrive pas. Et pourtant, à force de privations, la sainte trilogie lipides-glucides-protides est bien connue.

○ Alors, il faut bien admettre que volonté et connaissances ne suffisent pas. Qu'enfouis sous la nourriture et masqués par un désir de maigrir à tout prix se cachent d'autres problèmes, d'autres peurs.

De l'anorexique à l'obèse de 200 kilos, en passant par les boulimiques dont le poids reste plus ou moins stable, tous les mangeurs tourmentés font partie d'une seule et même famille. Deux ennemis cohabitent en eux: celui qui veut mincir et l'autre qui pousse le premier à manger.

Pour commencer à comprendre et à résoudre ce conflit, l'auteur pro-

pose de mener une recherche personnelle sur des sujets apparemment aussi éloignés que la peur des autres et les problèmes d'identité, la relation entre le dehors et le dedans, le fonctionnement manichéen qui s'articule sur le «tout ou rien», la peur de manger, la perception de la satiété, l'affirmation de soi. Chaque étape est jalonnée d'exercices qui permettront au lecteur d'aborder autrement sa relation à la nourriture.

Jean-Louis Yaïch, psychothérapeute spécialiste du comportement alimentaire, sait de quoi il parle. Il a fluctué entre des poids extrêmes, jusqu'à peser, il y a une dizaine d'années, près de 190 kilos!

Voici un livre très intéressant, qui veut clamer bien haut que la boulimie et l'obésité ne sont pas des maladies honteuses, mais auxquelles on peut, l'auteur en est une preuve percutante, trouver une solution.

J.-L. Yaïch, La faim en soi. Guide du comportement alimentaire, Paris, Ed. du Seuil, 1991, 230 pages, 99FF. ■

L'alcool et les médias

L'OMS publie dans la série de ses «Rapports et études EURO» une intéressante étude de deux chercheurs de l'Institut de recherche sociale sur l'alcoolisme d'Helsinki, Juha Partanen et Marjatta Montonen. Il y font un tour d'horizon des trois points suivants:

- le rôle des médias dans la promotion des boissons alcooliques et leur contribution aux attitudes et opinions à l'égard des problèmes de l'alcool;
- les attitudes et comportements liés à l'alcool;

- l'influence potentielle et effective des médias du point de vue de la prévention de l'alcoolisme et de l'évolution des comportements.

Ils précisent les rôles respectifs de la publicité et de l'éducation, avant de passer à la représentation de l'alcool dans les médias et d'étudier le rôle des médias en tant que lieu du débat public sur ce problème délicat.

On peut voir dans les médias un puissant agent de promotion de l'alcool, qu'ils diffusent de la publicité en faveur des boissons alcooliques ou qu'ils le valorisent dans les contextes les plus variés: scènes de libations dans les films (les scènes d'anthologie ne manquent pas, comme celle de Gabin et Belmondo dans «Un singe en hiver», où l'alcoolisme plus chic des «privés» joués par Humphrey Bogart), à la télévision ou dans les livres, évocations dans les chansons populaires, ...

Mais on peut aussi voir dans les médias un lieu privilégié de l'action contre l'alcoolisme, non seulement pour diffuser de l'information sur l'alcool et ses conséquences, mais aussi pour agir sur des notions plus diffuses comme la perception des problèmes posés par l'alcool et leurs solutions.

Dans cette optique, les médias sont alors considérés comme une sorte de miroir de l'opinion publique, sur laquelle ils sont en même temps capables d'avoir une influence positive ou négative par l'intermédiaire du climat politique qu'ils contribuent à instaurer.

Les auteurs soulignent aussi que les campagnes antialcooliques donnent généralement des résultats décevants. En dépit de toutes les techniques déployées, le plus souvent sur le modèle de la publicité, les théories et les méthodes dont elles s'inspirent à l'heure actuelle suscitent pas mal d'incertitudes.

d'éducation physique scolaire. «Une étude statistique, portant sur plus de 5000 jeunes filles, donne jusqu'à 15% de dispenses dans l'enseignement général et technique et même 25% dans l'enseignement professionnel».

La part de l'effort physique dans le travail comme dans la vie quotidienne a considérablement diminué. «Citons: la réduction des efforts physiques lors des déplacements vers l'école, les loisirs passifs tels que la télévision ou les jeux électroniques...»

Le COIB et la Fondation Roi Baudouin font donc appel à tous, jeunes, parents, écoles, fédérations et clubs, pouvoirs publics et collectivités locales, pour qu'une prise de conscience inverse ce processus de sédentarité.

Livre blanc sur la condition physique des jeunes en Belgique, COIB / Fondation Roi Baudouin, 1991 Deux versions ont été éditées: une plaquette gratuite et une version intégrale du livre blanc diffusée au prix de 250FB (frais de port non inclus).

COIB, avenue de Bouchout 9, 1020 Bruxelles, tél. 02/479.19.40
Fondation Roi Baudouin, rue Brederode 21, 1000 Bruxelles, tél. 02/511.18.40. ■

Eduquer

L'ouvrage est sous-titré «Ecoles, Ethiques, Sociétés». On aurait pu ajouter «Idéologies», mais cela fait trop 68. Aujourd'hui, on préfère parler gros sous et efficience: «Si l'enseignement coûte trop cher...».

Ce livre nous rajeunit donc de vingt ans. Jugez-en, rien qu'en piochant dans la table des matières:

- L'éducation comme reproduction sociale
- L'idéologie de la vocation d'enseignant
- L'idéologie gommant l'institutionnel
- Idéologie technocratique
- Pédagogies de gauche ou de droite
- La classe, lieu de conflits
- Dimension politique de l'éducation
- Promotion individuelle ou collective
- Les écoles catholiques, des écoles de classes?
- ...

Permettez-moi une parenthèse. Quand je vous aurai dit que l'auteur, Gérard Fourez, est jésuite et professeur aux Facultés Notre-Dame de la Paix de Namur, vous supposerez que la réponse à la dernière question est sans doute négative. Vous vous trompez. Pour étayer la proposition selon laquelle «l'école catholique a été et est souvent moins marquée sociologiquement par le caractère religieux de sa clientèle que par son caractère de classe», il cite d'ailleurs une analyse d'un certain Gérard Deprez publiée en 1973.

Quel rapport avec l'éducation pour la santé? Rien, c'était une parenthèse. Mais la plupart des questions soulevées par Fourez sont transposables sans peine à notre secteur. Par exemple, qui n'a jamais eu quelque scrupule à utiliser un langage et des techniques quelque peu manipulateurs? Pour Fourez, c'est normal: un enseignant est toujours «manipulateur» et est payé pour l'être. Et il explique:

«Enseigner, c'est toujours poursuivre un projet: le «bon pédagogue» a ses objectifs et utilise, pour y arriver, un certain nombre de procédés. Si l'on entend par «manipulation» l'utilisation d'un certain nombre de procédés qui tendent à amener quelqu'un à certains objectifs alors que cette personne ne les a pas nécessairement décidés par elle-

même, il faut dire qu'un bon pédagogue est essentiellement un bon «manipulateur» (sans aucun sens péjoratif).»

Autre exemple: en éducation pour la santé, nos stratégies prétendent souvent être guidées par les besoins de notre public. Fourez nous met en garde:

«La notion de «besoin» est souvent utilisée en sciences de l'éducation. Elle l'est de manière adéquate quand il s'agit de déterminer, dans un cadre spécifique, ce qui est considéré par une analyse comme nécessaire pour un objectif. Mais dans beaucoup d'autres situations, c'est une notion idéologique légitimant, tout en les voilant, des désirs personnels ou des projets politiques.»

A une époque où les enseignants nous somment de choisir entre enseignement et ignorance, cela fait du bien de se poser quelques questions.

Eduquer, Gérard Fourez, collection Pédagogies en Développement, De Boeck-Wesmael, Bruxelles 1990, 220 p., 594 FB. ■

Le médecin généraliste belge face aux tentatives de suicide

Durant toute l'année 1990, 120 médecins généralistes, répartis dans tous le pays et représentatifs de l'ensemble des médecins belges en ce qui concerne l'âge et le sexe, ont enregistré toutes les tentatives de suicide pour lesquelles ils ont été consultés.

L'enquête OMS «Les comportements de santé des jeunes»

Quelques nouvelles des données 1990.

Rappelons en quelques lignes cette enquête qui a déjà été largement présentée aux lecteurs d'Education Santé.

Répétée régulièrement dans plusieurs pays d'Europe, elle se fait par le biais des écoles. Son but est de jeter les bases, dans chaque pays, d'une banque de données utiles pour la promotion de la santé des jeunes. Ceci nécessite de comprendre le mode de vie et les comportements de santé des adolescents ainsi que l'influence de l'environnement physique et psychosocial sur ces comportements. Le questionnaire comporte donc des questions relatives aux comportements (à risque ou protecteurs), aux modes de vie, à la manière dont le jeune perçoit sa santé, son bien-être.

En 1990 l'enquête a été réalisée dans les trois communautés: par les Universités de Gand et d'Anvers pour la communauté flamande (R.Peeters, L.Maes, L.Roelandt); par le Centre thérapeutique d'Eupen (E. Servais) pour les Germanophones et par Promes, ULB (D.Piette, M.Prévost, P.Desmet) pour la Communauté française et la coordination nationale.

L'échantillon se répartit de la manière suivante:

Sexe	Garçons	Filles
Communauté française	2.153	2.502
Communauté flamande	2.082	2.138
Communauté germanophone	190	136

Lors des enquêtes précédentes, les résultats étaient distribués, sous forme de tableaux de fréquence, aux commissions locales et aux services aux éducateurs intéressés. Il nous a semblé cette année, plus intéressant de pousser un peu plus loin l'analyse - et de faire ce travail en collaboration.

Quatre groupes de travail ont dès lors été mis sur pied; nous y avons invité un représentant des services thématiques, des commissions locales, des associations de parents, des IMS et PMS, ainsi que quelques chercheurs intéressés à des titres divers. Chaque groupe s'est centré sur un thème: alimentation, drogues, médicaments, santé mentale. Il serait plus juste de dire que chaque groupe est parti d'un thème; en effet, on a très vite constaté que les choses se recoupaient, que les groupes se posaient, sous un angle différent, des questions du même ordre; bref, que le découpage en thèmes, nécessaire pour sérier les questions, ne permettait pas de rendre compte de la complexité des comportements.

Il est encore un peu tôt pour faire le bilan de ce travail; il a du moins permis de se rencontrer, d'échanger des points de vue, de réaliser que l'enquête quantitative globale et la connaissance de terrains particuliers, sont complémentaires. On n'a sans doute pas été aussi loin que chacun aurait voulu: il a fallu le temps de trouver une méthode de travail, de mesurer à quel type de questions l'enquête peut répondre,

d'harmoniser les interrogations... Bref, nous sommes loin, aujourd'hui, d'avoir épuisé toutes les possibilités - reste à faire de nouveaux projets.

Le rapport de ce travail est en cours d'élaboration; il devrait être terminé fin décembre, et sera alors mis à la disposition des personnes intéressées. Il comportera, entre autres: les données relatives à chaque thème, ventilées par sexe, âge, type d'enseignement; l'identification de certains facteurs (psycho-affectifs et socio-environnementaux) associés à ces comportements; certains approfondissements de questions particulières (la prise de psychotropes; l'arrêt du tabagisme, etc...). Des analyses faites antérieurement, ainsi que des études étrangères, compléteront l'analyse des données 1990. Nous ferons bien sûr écho de tout ceci dans Education Santé.

En attendant, un premier scoop: il semble que les comportements des jeunes face à la santé diffèrent selon les communautés. La situation serait la meilleure en Communauté germanophone, ensuite vient la Communauté flamande; la Communauté française présenterait la situation la moins favorable... Par ailleurs, la situation globalement moins positive dans l'enseignement technique et professionnel, mise en évidence dans les enquêtes précédentes, se confirme, et ce dans les trois communautés.

A suivre...

Marianne Prévost, Promes

Avez-vous des questions à poser aux jeunes ?

La prochaine enquête «Les comportements de santé des jeunes» aura lieu en février-mars 1992.

Si vous désirez des informations concernant le mode de vie des jeunes en relation avec la santé, ou si vous voulez proposer des questions, écrivez avant le 6 janvier à Danielle Piette, Promes, route de Lennik 808 CP 596, 1070 Bruxelles.

Liège et Copenhague, deux Villes-Santé

Si l'on compare le projet Villes-Santé à Copenhague avec son équivalent Liège Santé, on découvre vite des différences, tant dans la façon dont sont élaborés les projets que dans les activités mises en route. En étudiant de plus près ces différences, on observe que ceux qui s'occupent des projets à Copenhague et à Liège ont même des idées très divergentes sur la manière la plus efficace de créer «La santé pour tous» et d'y impliquer les citoyens.

A Copenhague, le projet Ville-Santé vise, avec la collaboration active des citoyens, à changer le style et les conditions de vie afin que tous accèdent à une vie plus saine. A Liège, on cherche plutôt à informer les citoyens pour qu'ils changent eux-mêmes leurs habitudes en acquérant les compétences nécessaires.

Les activités que soutiennent ou entreprennent les deux projets présentent donc des différences.

COPENHAGUE

Pour la ville de Copenhague, on voudrait que chacun des quatorze quartiers ait son propre secrétariat Ville-Santé à partir de l'été 1992, avec la participation de simples citoyens, de groupes de citoyens locaux, de membres d'organismes privés et de professionnels sous la direction d'un représentant de l'administration municipale.

Ceux-ci pourraient ainsi travailler sur le plan local au progrès de la santé à l'intérieur des orientations principales du projet.

Dans quelques projets locaux à Copenhague, les citoyens ont pris part au choix des champs d'activité d'après un thème de travail choisi par le projet Ville-Santé. On a mis sur pied des activités comme une

«Maison Ouverte» chez les infirmières visiteuses pour les femmes enceintes et les jeunes familles, des groupes de secours autonome sur des thèmes choisis par les participants, ainsi que des lieux d'accueil pour les alcooliques sans domicile fixe.

Dans un hôpital de Copenhague (Hvidovre) existe aussi un projet orienté vers la dépendance et les habitudes de boisson du personnel où l'on examine ce que l'on peut faire pour ceux qui ont ou sont près d'avoir des problèmes d'alcool. Ce travail est une coopération entre le projet Ville-Santé et le personnel, et les solutions se cherchent en commun.

LIEGE

A Liège, les travaux sont bien plus centralisés, avec une grande importance donnée aux activités d'information. Liège Santé a, par exemple, organisé une journée d'information à l'université où l'on a donné des renseignements sur la prévention du cancer, avec la possibilité de visiter les laboratoires de recherche. On a aussi organisé une journée d'information pour les sportifs sur le «doping», avec des exposés d'un médecin spécialiste et de sportifs professionnels. On offre souvent des conférences et des expositions. Des conseils sur une nourriture et un mode de vie sains, des démonstrations de gymnastique et de yoga, des concerts et des manifestations sportives font également partie des activités offertes.

Les personnes qui exercent une profession médicale ou paramédicale ont pu disposer de même de nombreuses activités d'information de Liège Santé telles que des conférences, des journées sur un thème donné et des expositions. Une

grande part du travail de Liège Santé consiste à organiser et coordonner et il y a de nombreuses réunions.

Actuellement, on est en train d'établir un grand questionnaire et une enquête sur l'état de santé des habitants et sur leurs attentes en santé publique. Ce travail est prévu pour une période d'un an, mais on doit dire que la plupart des activités sont de courte durée, souvent d'une journée seulement.

Liège Santé exprime une volonté d'engager les citoyens dans le travail de la santé, mais le plus souvent ils ne semblent pas prendre une part active à ce projet ni participer aux décisions.

COPENHAGUE ET LIÈGE

Dans le comité politique Ville Santé et dans le comité technique de Copenhague sont représentés tous les secteurs de l'administration de la ville, et le comité technique est composé d'un large éventail de professionnels. Dans les comités correspondants de Liège figurent quelques échevins et quelques députés dans le comité politique, mais pas tous (on tâche cependant d'engager plus de sections des administrations municipale et provinciale). Le comité technique consiste en trois membres, tous médecins; ils représentent des domaines importants dans le travail de la santé, «l'Institut Provincial E. Malvoz» et «l'École de Santé Publique» (Université de Liège).

Copenhague a un budget annuel pour les activités et la rémunération éventuelle du personnel qui y travaille, ce qui n'est pas le cas pour Liège Santé. Ces conditions créent une grande différence dans les capacités d'agir de ces deux projets. Si l'on veut impliquer les citoyens dans un programme d'amélioration

données de consommation des antidiabétiques, Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie, service épidémiologie, août 1991, 22 pages. ■

Le nouveau souffle

Cités preux chevaliers dans la préface, c'est plutôt d'aventuriers que nous qualifierions José Hubert et Jacques Lecomte. Aventuriers passionnés et qui nous livrent dans un ouvrage «aéré» la synthèse actuelle de leurs travaux sur le souffle et sa dimension existentielle.

«Toute la vie humaine terrestre est inscrite dans le souffle. Le premier acte de l'Homme est une inspiration, le dernier une expiration.

Par le premier il reçoit, il prend; par le dernier, il donne, il se donne, il se rend.» (p. 112.)

A travers les inspir, expir, suffocations, hoquets, halètements et autres bouffées d'air, ils nous entraînent, sans perdre haleine, aux confins les plus reculés de ce que nous pratiquons le plus dans une vie mais que nous connaissons le moins: **la respiration.**

Scientifiques et humanistes dans leur démarche, ils nous délivrent dans leur ouvrage sous-titré «passport pour une meilleure respiration», le vade-mecum des adhérents à un souffle plus «pur».

En effet, à l'heure où l'économie d'énergie s'inscrit comme une priorité, que nous soyons ou non des malades bronchopulmonaires, nous respirons tous mal.

Symptôme d'une société qui se (re)cherche, notre «manque d'air» dénonce la mal-être d'hommes et de femmes qui retiennent leur souffle, coupés par la peur, la tris-

tesse le stress, la non-communication, la dépendance et la pollution. (Ré)apprivoiser notre souffle, (re)découvrir la réalité que cache le comportement instinctif de la respiration, tel est le défi de cet ouvrage.

Dans un crescendo harmonieux, les auteurs gravissent pour nous l'échelle symbolique de l'art de respirer.

Le premier échelon nous rappelle combien notre premier cri s'inscrit comme un appel de notre destinée à réaliser notre indépendance et notre autonomie.

Le second aborde l'aspect physiologique de la respiration. Une visite guidée au sein de notre appareil respiratoire qui s'impose, à chaque seconde de notre existence, comme un incroyable laboratoire.

Le troisième échelon offre une première approche pratique pour se créer un nouveau souffle. Education respiratoire, gymnastique, contrôle personnel, de nombreux exercices sont proposés afin de prendre conscience et d'agir sur les différentes manières de respirer.

Le quatrième échelon décline le souffle au quotidien, face à la dialectique existentielle qui nous relie à tout ce qui constitue notre environnement. Nous y découvrons sa signification historique et culturelle, sa relation à la voix, au plaisir, au stress, et comme une première synthèse des échelons déjà gravés, toute la dimension qui nous projette de cet acte mécanique vers l'univers symbolique, pour se *laisser ouvrir, au-delà de la chose même qu'est la respiration, à la vie respiratoire, à l'être «étant respirant».*(p. 118)

Une seconde approche pratique nourrit le cinquième échelon en abordant des techniques qui permettent de se créer un nouveau

souffle. Relaxation, sophrologie, visualisation autant de méthodes qui réapprennent la respiration totale à ceux qui s'essoufflent.

Enfin, sur le dernier échelon se déroule l'audience du procès collectif des agents polluants qui assassinent nos poumons, avec un blâme particulier pour la cigarette.

Un vent de simplicité souffle sur cet ouvrage qui réussit à se maintenir sur le sentier étroit qui relie la rigueur scientifique et une certaine vulgarisation. Il intéressera donc autant les éducateurs, parents, enseignants qui en soupirent de satisfaction, que les spécialistes médicaux et paramédicaux qui y puiseront peut-être leur inspiration.

José Hubert, Jacques Lecomte, *Le nouveau souffle*, Ed. EMPC (Charleroi) et Chiron (Paris), 1991, 208 p. ■

EXERCICE PHYSIQUE

Un constat peu glorieux

Le Comité Olympique et Interfédéral Belge et la Fondation Roi Baudouin lancent un cri d'alarme: les jeunes de notre pays seraient atteints d'«analphabétisme moteur».

Dans un «livre blanc», ils ont synthétisé diverses études montrant que les jeunes ont de moins en moins de résistance physique mais aussi que leur poids moyen est incontestablement en hausse.

Des dispositions officielles pour l'enseignement imposent une durée minimale de sport à l'école, mais une étude de 1988 révèle que l'engagement moteur des jeunes ne représente que 25 à 30% du temps théorique de participation au cours. Les deux organismes dénoncent aussi les dispenses des cours

Règles d'or pour une «solidarité-médicaments» efficace



1. Le médicament peut être «ange ou démon»: des compétences sont indispensables pour agir dans ce domaine.
2. Le médicament est réglementé dans tous les pays: toute activité liée au médicament doit s'y conformer.
3. La situation sanitaire et pharmaceutique de chaque pays, voire de chaque région, possède ses caractéristiques: quelle qu'elle soit, elle doit être connue et prise en considération.
4. La mise en oeuvre de la stratégie des médicaments essentiels tend à s'élargir: toute forme d'assistance en médicaments devrait s'intégrer dans les programmes nationaux ou régionaux mis en place.
5. L'usage rationnel du médicament dépend de son mode d'emploi: la fourniture de médicaments doit être accompagnée des éléments d'information fiables et adaptés.
6. Le médicament est aussi une marchandise: la gestion et la formation à la gestion font partie des priorités.
7. Le prix d'un médicament varie suivant les fournisseurs dans des proportions parfois considérables: à qualité égale, il est généralement possible de se procurer un approvisionnement à un coût raisonnable, à condition de connaître les bonnes adresses.
8. Les médicaments périmés ou inutilisés par les consommateurs sont potentiellement dangereux: les collectes doivent contribuer à la protection des individus et de l'environnement; les résidus de collectes doivent être détruits par incinération.
9. Les fournitures ponctuelles des médicaments issus des collectes représentent des actions à court terme: la contribution à des programmes d'approvisionnement basés sur un autofinancement local vise l'autonomie, à moyen terme, des populations assistées.
10. Il ne suffit pas d'avoir de la bonne volonté, il faut être efficace: toute action doit être évaluée avec lucidité.

(extrait, p. 135)

Prévalence du diabète sucré en Belgique

Dans le cadre d'une action européenne sur l'épidémiologie du diabète, EURODIAB, l'Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie a réalisé en 1990 une enquête épidémiologique en Belgique afin d'estimer la prévalence du diabète traité par médicaments.

Conformément au protocole de l'étude EURODIAB, la prévalence a été estimée à partir des chiffres de vente de l'insuline et des antidiabétiques oraux, et de la dose quotidienne moyenne utilisée. Celle-ci a été établie sur base des données fournies par un échantillon de diabétiques clients de 107 officines réparties sur tout le pays.

Pour 1990, l'I.H.E. estime ainsi à 163.000 le nombre de diabétiques traités par des médicaments en Belgique. Au moment de l'enquête, 65% des diabétiques de l'échantillon étaient âgés de 60 ans et plus. 30% des diabétiques traités par des médicaments prenaient de l'insuline.

On a aussi remarqué des différences dans le type de traitement suivi, en fonction de la province où est située l'officine.

C'est la première fois, en Belgique, qu'on a ainsi une évaluation du nombre de diabétiques et du type de traitement qu'ils suivent. Cette étude souligne par ailleurs la nécessaire collaboration des pharmaciens dans l'évaluation épidémiologique de tels problèmes.

D. Walckiers, Estimation de la prévalence du diabète sucré traité par des médicaments à partir de

de la santé, il est important que la Ville-Santé jouisse d'un soutien professionnel et politique solide et d'un budget suffisant. Liège Santé semble manquer de ce témoignage d'intérêt que serait un support professionnel, politique et économique: on pourrait donc imaginer que Liège Santé insiste autant sur les activités d'information parce qu'elles représentent la solution la plus facile. Or, cela n'a pas l'air d'être le cas.

Si l'on considère les deux institutions auxquelles on a confié le projet à Liège, d'une part, à ses débuts, le «Service de la Qualité de la Vie» (qui dépend de la Commune de Liège) et de l'autre, actuellement, le «Service de Promotion de la Santé» (à l'Institut Provincial E. Malvoz), on voit que pour les deux il est primordial d'informer les citoyens afin que chacun apprenne à prendre en charge sa propre santé. En janvier de cette année, «Education Santé» a publié un article du Dr. C. Gosset disant qu'il est essentiel de motiver le citoyen à surveiller sa santé: ceci est possible en particulier grâce à une bonne information.

Bref, il existe de grandes différences entre les idées et le contenu des projets de Liège et Copenhague. Cela peut avoir des conséquences intéressantes en leur offrant la possibilité de profiter de leurs expériences et méthodes de travail réciproques.

Le projet Ville-Santé offre une chance unique d'échanger les savoirs à travers les frontières, et pas seulement entre pays d'une même culture. C'est ce que prépare l'OMS avec la création du réseau européen de projets Villes-Santé et d'autres réseaux tels qu'Euronet et Multi-city Actionplan où l'on peut tirer profit des expériences locales sur un plan international.

Anne-Marie Paul, étudiante en Economie Familiale et Sociale, Suhrs Seminarium, Copenhague

Ce texte est extrait du mémoire de l'auteur «Le projet Villes-Santé - Etude comparative entre Copenhague et Liège», qui est rédigé en danois.

Quel débat éthique en éducation pour la santé?

La rubrique «réflexions» d'Education Santé du mois de septembre s'ouvrait par une invitation à des journées d'étude organisées par le Centre de Diffusion de la Culture Sanitaire sur la question: *Quelle(s) éthique(s) en éducation pour la santé?*

Ces journées d'étude, qui ont eu lieu les 3 et 4 octobre, ont réuni plus de cent participants, si bien que les ateliers prévus ont dû être dédoublés. Nous osons croire que l'information donnée par Education Santé y est pour quelque chose. Plus important: cet intérêt nous prouve en tout cas que les professionnels en éducation pour la santé peuvent être autre chose que des Don Quichotte ou des Monsieur Jourdain (pour reprendre des termes d'un exposé de Madeleine Moulin). On se pose des questions, mais on refuse les réponses toutes faites.

Devant boucler ce numéro d'Education Santé au lendemain de ces journées, il ne nous est pas possible de présenter un résumé des discussions, dont la plus grande partie se déroulait d'ailleurs en ateliers.

Deux impressions cependant: on n'a pas pu éviter des questions naïves dignes de Monsieur Jourdain (Ai-je le droit d'influencer mes semblables? Ai-je le droit d'obliger (sic) les autres à être en bonne santé?). Une

journée aurait pu suffire, car le travail en atelier a fini par s'essouffler quelque peu (du moins dans celui auquel nous avons participé). Enfin, le niveau d'engagement des participants dans des pratiques d'éducation pour la santé était très inégal, mais cette difficulté inévitable est aussi une source d'enrichissement.

Ces quelques réserves n'enlèvent rien à l'intérêt global de la rencontre qui, comme on dit souvent, n'est qu'un point de départ. Education Santé se veut un lieu parmi d'autres où le débat pourra se poursuivre.

A la veille de ces journées d'études déjà, Michel Demarteau nous adressait les réactions qu'ont suscitées chez lui quelques passages du texte introductif paru en septembre. Au lendemain de ces journées de réflexion, elles gardent toute leur pertinence et leur intérêt.

A la veille des journées d'échange organisées par le Centre de la Diffusion de la Culture Sanitaire, il nous paraît nécessaire de réagir à certains présupposés introduisant le colloque et publiés dans la revue «Education Santé» de septembre; nécessaire aussi de situer certains enjeux du débat lancé et du projet d'un «Forum à bâtir. Pourquoi? Avec qui?»

Nous voudrions articuler notre contribution en répondant à deux interpellations de l'article cité:

1. L'éducation pour la santé a-t-elle pour projet de «maîtriser les attitudes et les comportements de nos concitoyens»? Le débat bio-éthique est-il «un modèle»? Par «son ampleur»? Par «sa volonté de transparence»?

2. Le débat éthique en éducation pour la santé est-il «un peu en reste»? Y a-t-il «urgence d'en parler»? Faut-il un «inventaire des questions, un étalage d'idées, une interpellation des savoirs, des traductions

explicites, des modes collectifs de décantation, ...» ? Pourquoi ce forum maintenant ? Avec qui doit-il se faire ? Par qui sera-t-il mené ?

Les projets de l'éducation pour la santé

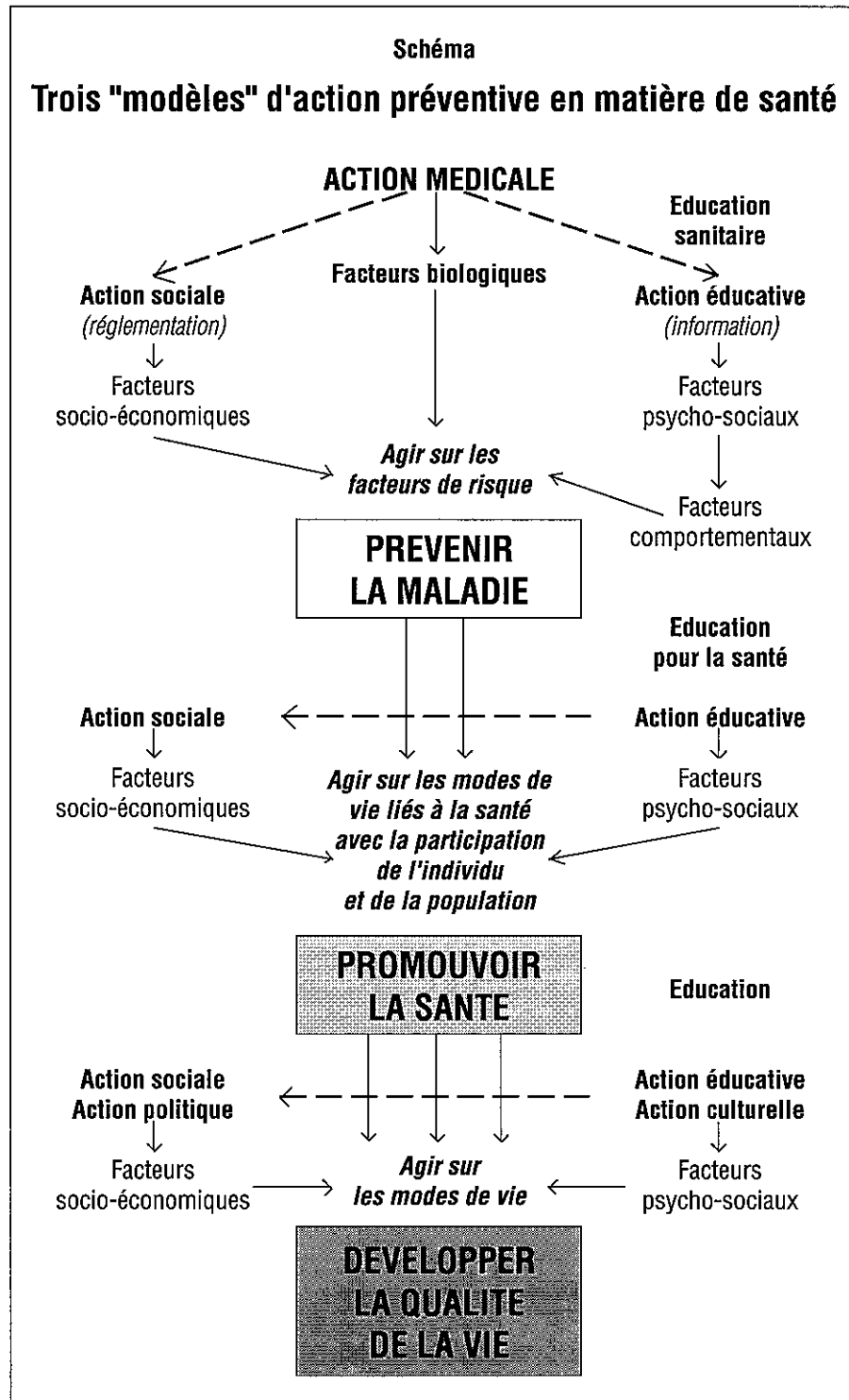
La réflexion éthique porte sur les finalités qui guident les pratiques. Il faut donc d'abord interroger ces pratiques et analyser les «modèles» qui les sous-tendent. Cet effort réflexif n'est pas neuf en éducation pour la santé, et encore moins dans le domaine plus large de la prévention. L'émergence du concept de «Promotion de la Santé» est à cet égard significatif.

Donner pour projet à l'éducation pour la santé de «maîtriser les attitudes et les comportements de nos concitoyens» est dès lors tellement réducteur, qu'il nous fait un procès d'intention.

Pour ceux qui seraient moins familiers des concepts utilisés actuellement, reprenons rapidement quelques notions-clés (1) à partir du schéma suivant.

Les trois «modèles» d'action préventive en matière de santé ne sont pas exclusifs. Ils se sont développés progressivement et coexistent souvent.

Pour le premier, le but est de «prévenir la maladie» et donc d'intervenir précocement sur les événements qui y conduisent. C'est l'épidémiologie qui va préciser quels sont ces événements et défi-



nir les cibles de l'action préventive. Cependant l'approche statistique va privilégier les liens les plus évidents, les plus directs entre la maladie et les facteurs de risque en isolant les phénomènes de leur contexte. Les phénomènes socio-économiques et psycho-sociaux, plus complexes, seront peu ou mal représentés.

C'est ce modèle qui a guidé les premières interventions éducatives pour prévenir les maladies que nous appelons «éducation sanitaire». Les cibles identifiées sont les comportements corrélés à la maladie.

Keith Tones (1986), dans une revue des différentes approches de l'éducation pour la santé, la décrit

(1) Ces notions ont été développées dans une contribution lors d'une rencontre de la fédération des Maisons Médicales et Collectifs de Santé francophones à HERBEUMONT le 08 juin 1991 intitulée : «Pratiques et éthique de l'éducation dans le champ de la prévention».

Offre réservée aux lecteurs d'Education Santé

Nous vous proposons «Soins à domicile» au prix exceptionnel de 345 FB franco de port, ce qui représente une ristourne de près de 30% par rapport au prix normal de l'ouvrage.

Pour bénéficier de ces conditions, il vous suffit de verser ce montant au compte 799-5524509-70 d'Infor Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles, avec la mention «746124/951 - domicile» dans la rubrique communication. Vous recevrez votre exemplaire dès la parution du livre. Attention: il ne sera pas établi de facture.

BON DE COMMANDE «SOINS À DOMICILE»

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

Je commande le livre «Soins à domicile» au prix exceptionnel de 345 FB. Je verse ce montant au compte 799-5524509-70 d'Infor Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles, avec la mention «746124/951 - domicile» dans la rubrique communication.

Nom _____

Prénom _____

Organisme _____

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____

N.B. Si le nom de la personne n'est pas le même sur le bon de commande et sur le virement, merci de nous le signaler.

Solidarité médicaments

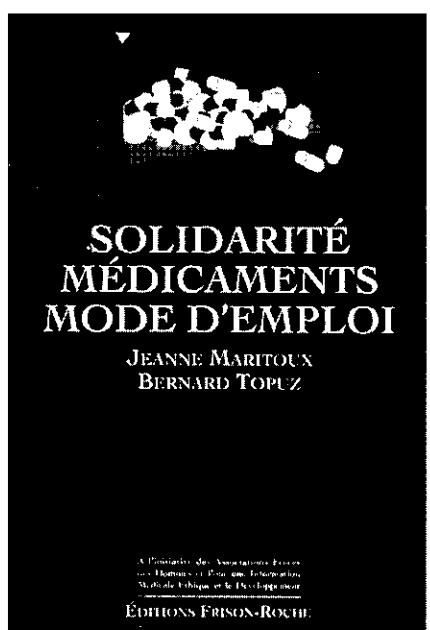


De plus en plus de groupes récoltent auprès du grand public des pays nantis les médicaments toujours valables mais que les gens n'utilisent plus, pour les offrir aux pays du Tiers Monde, qui en manquent cruellement.

Ce genre d'initiative généreuse nécessite une gestion assez complexe et rigoureuse pour être vraiment utile et efficace. La bonne volonté ne suffit pas, il faut bien connaître les besoins des partenaires, les produits et mettre en place une routine de distribution rationnelle.

Dans ce contexte, on peut dire que «Solidarité médicaments mode d'emploi» tombe à pic. Cet ouvrage, rédigé par Jeanne Maritoux et Bernard Topuz à l'initiative des Associations Frères des Hommes et Pour une Information Médicale Ethique et le Développement, est un outil de référence dont il sera dorénavant difficile de se passer.

Qu'on en juge d'après le sommaire:



- acquérir les médicaments auprès des professionnels (objectif, bons produits aux bons prix);
- la collecte, pour quoi faire et comment?
- savoir trouver et transmettre les éléments d'information pharmacothérapeutique fiables et adaptés.

En outre, il y a aussi un glossaire, une bibliographie et quelques annexes bien choisies, dont la liste des médicaments essentiels (révision 1990).

Et si vous n'êtes pas encore convaincus, ajoutons que la mise en page facilite considérablement l'accès à l'information par des non-spécialistes, et que l'ouvrage est illustré de quelques dessins humoristiques qui en atténuent la sévérité

Jeanne Maritoux et Bernard Topuz, *Solidarité médicaments mode d'emploi*, Ed. Frison-Roche, 1991, 164 p.

Soins à domicile

Les soins et services à domicile sont au cœur des débats d'aujourd'hui sur la politique de santé. Leur développement s'inscrit dans un contexte marqué par le vieillissement de la population, la croissance des coûts, et le désir de nombreuses personnes de rester chez elles plutôt que d'être soignées à l'hôpital ou en maison de repos et de soins.

Le moment est donc bien choisi pour faire le point sur ce sujet d'actualité. C'est ce que viennent de réaliser deux spécialistes en la matière, Agnès Schiffino, responsable des soins à domicile aux Mutualités Chrétiennes, et le Dr Gérard Lemaire, conseiller à la Croix Jaune et Blanche.

Il nous offrent un panorama complet de la question, fruit de leur longue expérience en la matière, mais rédigé dans un langage accessible au plus grand nombre. En effet, les soins et services à domicile, ce n'est pas uniquement l'affaire des professionnels de la santé, cela nous concerne tous à un moment ou à un autre.

Cet ouvrage constitue d'ores et déjà un outil de référence. On y trouve aussi bien des témoignages vécus, des réflexions de fond, que des explications très concrètes sur les différentes personnes et techniques auxquelles la population peut avoir recours, ... L'ouvrage contient aussi la liste complète des institutions reconnues par la Communauté française de Belgique et les services spécifiques qu'elles peuvent rendre, habilement présentés sous forme de petits pictogrammes.

Il s'agit en fait du premier volume de la toute nouvelle collection santé que lancent les Editions Vie Ouvrière. Il sera suivi par un ouvrage sur un tout autre sujet, l'alimentation "light", dont nous vous reparlerons à sa parution.

Agnès Schiffino et Gérard Lemaire, *Les soins à domicile*, EVO Santé, 1991, 430 FB.

Table des matières

Préface par Julos Beaucarne

Eh oui, Julos s'intéresse aussi aux soins à domicile...

Introduction Rester chez soi... un rêve ou une réalité?

Les différents facteurs expliquant le développement des soins à domicile: aspects démographique, politique, technologique et humain.

Chapitre 1 Vous verrez quand vous serez vieux ou malade

Des situations vécues.

Chapitre 2 Historique et coût

Bref panorama des soins à domicile depuis la fin de la deuxième guerre mondiale, grandes décisions politiques, initiatives de terrain.

Chapitre 3 Organisation des soins à domicile

Définition des soins à domicile, du «simple» maintien à domicile jusqu'à l'hospitalisation à domicile, description des acteurs et de leurs rôles.

Chapitre 4 Raisons et limites d'un choix

Pourquoi choisit-on de rester chez soi? Quelles sont les obstacles médicaux, psychologiques, financiers au maintien à domicile?

Chapitre 5 Quelques aspects du maintien à domicile

Personne âgée et médicament, biotélégilance, aides techniques à domicile.

Chapitre 6 Mourir chez soi

Les gens vont de plus en plus souvent mourir à l'hôpital. Est-ce un phénomène irréversible?

Chapitre 7 A qui puis-je m'adresser?

Tous les centres de services à domicile officiellement reconnus par la Communauté française de Belgique.

Conclusions

Des pistes pour l'avenir.

Notes

Bibliographie

Annexe 1 échelle de Katz

Annexe 2 décret de la Communauté française

comme une approche «traditionnelle», que l'on nomme aussi «médicale» ou «comportementale». Elle est centrée sur l'individu; vise à prévenir la maladie; se fonde sur la découverte par l'épidémiologie de comportements décrits comme facteurs de risque.

Ce modèle est largement critiqué (Goldberg, 1982; Gottraux, 1982)

- Désigner les facteurs de risque comme des phénomènes isolés conduit à des actions ponctuelles facteur par facteur peu efficaces. La diminution de l'exposition à un facteur peut entraîner une augmentation à un autre.

- La vision d'un individu rationnel et libre de ses choix, sans contraintes sociales, rend cet individu responsable de ses actes et finalement de sa maladie, s'il ne se conforme pas aux informations données.

- La transposition du modèle curatif clinique à la prévention morcelle les interventions, multiplie les «services» spécialisés par facteur de risque et conduit à une professionnalisation qui tend à légitimer son activité.

Le choix d'un modèle restreint de la prévention conduit ses acteurs à éviter les facteurs socio-économiques et à privilégier les variables individuelles, comportementales, pour ensuite développer des stratégies d'actions axées sur l'information ou la réglementation.

Pour le second, le but est de «promouvoir la santé» dans une vision plus globale et plus positive.

Les principales caractéristiques de ce modèle sont notamment (O.M.S., 1984; O.M.S., 1986):

- d'agir sur les facteurs qui déterminent la santé, et donc aussi sur ceux qui la renforcent;

- d'étudier les modes de vie, les mécanismes d'adaptation dans leur complexité;
- de concerner l'ensemble de la population dans sa vie quotidienne sans se centrer sur des maladies spécifiques et/ou des groupes «à risque»;
- de viser la participation effective de cette population et des individus qui la composent;
- d'utiliser des méthodes et des approches complémentaires comme la communication, l'éducation, la législation, le développement communautaire, ...

Vaste programme où l'éducation pour la santé joue un rôle primordial, nous y reviendrons, soit en agissant directement sur les facteurs psycho-sociaux en relation avec les modes de vie, soit indirectement en favorisant la participation de l'individu à des actions socio-politiques.

Quelles sont les critiques formulées vers ce modèle:

- l'effet de mode conduit à attribuer l'étiquette «promotion de la santé» à des actions qui ne tiennent compte que d'une partie des caractéristiques citées. Par exemple: une approche de marketing social s'adressant à toute la population avec une approche positive de la santé, mais négligeant la participation effective.
- La difficulté à définir ce qu'est la «santé positive» à cause du lien étroit que cette définition a avec les contextes culturels, idéologiques, professionnels, rend aigu le risque de créer des normes sociales.
- L'émergence des facteurs socio-économiques peut mener à des approches socio-politiques strictes. La santé est alors un produit social, la liberté individuelle une illusion et la seule voie d'action un engagement politique.
- La focalisation des actions préventives sur la santé peut amener

à considérer celle-ci comme un but ultime qui couvre tous les aspects de la vie.

C'est cette dernière remarque qui nous pousse à introduire un troisième modèle dans la réflexion, «développer la qualité de la vie».

La qualité de la vie serait la mesure dans laquelle un individu ou un groupe peut d'une part, réaliser ses aspirations et satisfaire ses besoins et, d'autre part évoluer avec le milieu, l'adapter et s'y adapter.

Au delà de la santé, il y a quelque chose d'autre qui intègre la culture, la politique, l'éducation, l'art, la justice, ... C'est la composante «éducative» plus que «sanitaire» qui devient alors primordiale en éducation pour la santé.

Ce modèle, même s'il n'est pas opérationnel, indique que la prévention de la maladie et la promotion de la santé s'inscrivent dans des débats et des idéologies très larges, et fait apparaître la dimension du débat éthique.

La position de l'acteur préventif ne peut se référer alors au seul débat bio-éthique comme modèle. D'autant que l'engouement pour le débat bio-éthique, est surtout un débat sur les relations entre les sciences, la technologie et l'éthique. Tous les débats de société doivent nourrir sa réflexion et son action sans pour cela tomber à nouveau dans le piège des spécificités. Faudra-t-il pour l'aider créer des débats socio-éthique, psycho-éthique, culturo-éthique, ... ?

Un projet éthique pour l'éducation pour la santé

Pour nous, le projet de l'éducation pour la santé est un projet éthique; car l'éducateur pour la santé cher-

che à donner aux individus les moyens de participer à un débat éthique sur le monde et l'avenir qu'ils veulent créer particulièrement dans ses aspects liés à la santé.

Clarifions cette proposition.

L'éducation pour la santé vise à promouvoir la santé, à développer la qualité de la vie, à fournir aux individus, aux groupes, à la population les capacités de maîtriser leur vie, leur santé.

C'est la composante «éducation» de la démarche qui est primordiale:

- Donner les moyens affectifs, cognitifs de s'informer, de connaître, de comprendre la santé et ses enjeux;
- Clarifier les valeurs, les croyances personnelles et culturelles;
- Développer l'estime de soi et des autres;
- Entraîner à la responsabilité, à la décision;
- Développer les ressources physiques nécessaires;
- Prendre conscience des facteurs socio-économiques;
- Favoriser la participation communautaire, l'engagement, individuel et collectif.

C'est donc un projet global, ambitieux, dont la santé n'est qu'un aspect : celui de la liberté, de la démocratie, de l'autonomie,...

Ce projet est un projet éthique.

Gérard Fourez (1986) dans un article pour une éthique et une morale de l'éducation à la santé fonde sa réflexion sur un critère éthique inspiré de Kant.

«On dira qu'on pose un acte à portée éthique quand on perçoit que cet acte va façonner de manière irréversible un avenir bâti par notre liberté et avec lequel il faudra bien vivre. C'est ainsi que, ultimement dans cette perspective, la décision

éthique, c'est la décision que nous prenons le risque de prendre (...). C'est une éthique qui renvoie les gens à leurs responsabilités face à eux-mêmes et aux autres».

Le projet de l'éducation pour la santé, dans ce sens, est d'éduquer à la décision éthique des individus en matière de santé.

L'essentiel pour nous n'est donc plus de définir un contenu éthique à l'éducation pour la santé, et surtout pas un code déontologique à respecter par tous ceux qui feraient de l'éducation pour la santé (des professionnels !), mais de susciter et de créer les conditions d'un débat éthique permanent avec la population et ses représentants.

Le contenu éthique est fragile, éphémère, variable en fonction des époques, des lieux, des cultures,...

«L'éthique de la discussion est la seule éthique qui convienne à une société démocratique» nous dit en synthèse Paul Ladrière (1991) en s'inspirant des principes de Jürgen Habermas. La légitimité des normes sanitaires et sociales devient alors problématique.

Le débat éthique est un débat personnel, mais il possède une dimension collective. L'éducateur pour la santé doit participer et faire participer à l'élaboration et à la négociation des valeurs. L'approche communautaire et les pédagogies actives sont alors des moyens privilégiés de la participation effective et concrète des individus et des communautés à tout ce qui touche la santé : fixer des priorités, élaborer des stratégies, prendre des décisions, évaluer les actions.

Un Forum à bâtir

Les sociologues de la santé du Centre de Diffusion de la Culture Sanitaire nous invitent à un débat éthique ! Pourquoi ? Avec qui ? Il nous

faut bien sûr attendre les deux journées d'études pour y voir plus clair, et les interpellier à ce sujet :

- Est-ce un effet de mode ?

- Vont-ils participer comme acteur ou comme entomologiste pour leur permettre en nous observant d'élaborer une réflexion critique psycho-sociale et sociologique ⁽¹⁾.

- Est-ce pour «créer et animer un réseau de réflexion et de concertation» ⁽¹⁾ et cela parce que nous aurions un grand besoin de structuration.

- ⁽¹⁾ »- les activités d'éducation pour la santé résultent en grande partie d'initiatives du secteur informel;
- ce développement est éparpillé (...);
 - la mobilisation de l'action se faisant principalement sur la base de critères de valeurs et de convictions aprioristes (...) l'évaluation de ce secteur est (...) très lacunaire, pour ne pas dire inexistante, si ce n'est selon les critères réducteurs du comportementalisme;
 - enfin, les intervenants aux prises avec l'action quotidienne immédiate, manquent du salutaire recul fourni par le temps, et **sont dépourvus d'instances de concertation et d'analyse critique de leur pratique et de sa contextualisation**. ⁽²⁾

Il y a un enjeu sous-jacent nous semble-t-il, au débat lancé aujourd'hui, celui de la professionnalisation. Cet enjeu, on le retrouve dans l'article de Daniëlle Piette en novembre 1990 dans la Revue

⁽¹⁾ Extraits d'un document préparatoire aux journées d'étude : «Journée de réflexion-projet-appel à la participation» janvier 1991, envoyé par le Centre de Diffusion de la Culture Sanitaire.

⁽²⁾ Souligné par nous

Une mise au point de l'Association Contre le Cancer

Autre courrier des lecteurs, moins agréable pour nous, une réaction du Dr Ziant, directeur de l'Association Contre le Cancer, à l'article «Réglementation tabac» paru dans notre numéro 60. Il récidive, puisque l'an dernier déjà, il nous avait envoyé une mise au point suite à un article critique sur ses méthodes parfois contestées de récolte de fonds.

Nous vous laissons le soin d'apprécier le bien-fondé de la colère de notre correspondant.

Monsieur le Rédacteur en Chef,

J'ai pris connaissance avec attention de votre numéro de septembre 1991, dans lequel figurent notamment deux articles consacrés aux activités de notre association.

L'un (p.32) a trait à notre «Ligne verte», permanence téléphonique spécialisée dans l'écoute des personnes confrontées au cancer. L'information y est courte, sobre et n'appelle aucun commentaire particulier.

L'autre, mis davantage en relief (p.4), concerne notre sondage de mai dernier auprès du grand public à propos des réglementations en vigueur ou envisageables dans le futur pour réduire le tabagisme et protéger les non-fumeurs. Ici, votre commentaire peut passer pour nettement plus tendancieux. Cela est d'autant plus piquant que le seul reproche fondamental que vous nous adressez est d'avoir manqué d'esprit de «neutralité» dans le libellé des questions ayant servi de base à l'enquête d'opinion menée.

Vos accusations, en effet, ne sont pas minimes: initiative qui ne permet pas de «conclure grand-chose»; «sondage gadget»; «démarche plus institutionnelle que scientifique»; formulation étudiée pour obtenir les résultats souhaités à «la plupart» des questions... tels sont vos propos.

Sur une enquête qui ne se voulait nullement une étude scientifique

complexe mais une saisie instantanée des sentiments dominants dans le grand public sur une série de points brûlants (7 questions en tout et pour tout), votre pointe de mansuétude finale («ce n'est pas toujours aussi caricatural, heureusement»; «on peut considérer la question 3 comme neutre...») apparaît - disons-le - comme particulièrement formelle et destinée peut-être - qui sait? - à faire aussi plus «scientifique» de votre côté.

Notre étonnement ne vient pas de ce que vous ergotez à titre accessoire sur telle ou telle formulation, mais de ce que vous tiriez finalement du décorticage d'un seul exemple éventuellement discutable (et encore), toute la substance de votre analyse... Comme si l'essentiel était là, dans le fait de démontrer que nous avons réalisé un sondage pour rien, une action d'esbroufe parfaitement inutile.

Cela vous aveugle au point de ne pas même souligner l'intérêt des résultats assez spectaculaires obtenus pour certaines questions, dont nous persistons à penser qu'elles ne sont nullement truffées de pièges tordus et manipulateurs:

- **question 5:** Dans le milieu de travail, selon vous, est-ce que l'employé non-fumeur doit pouvoir obtenir de travailler dans un bureau sans fumée? **Réponses:** 86,2 % de oui, 10,1 % de non;

- **question 2:** Considérez-vous le fait de mentionner en grand format les noms de marque de produits tabagiques sur les équipements sportifs (voitures de course...) et lors de compétitions est une forme de publicité? **Réponses:** 83,8 % de oui, 14,3 % de non.

N'avez-vous pas des motifs de vous réjouir de cette quasi unanimité dans deux domaines où, vous le savez et vous auriez pu le rappeler à vos lecteurs, la législation est toujours muette, c'est-à-dire laxiste à 100%, au

détriment des priorités de santé publique?

N'êtes-vous pas frappés, par ailleurs, de ce que les records consensuels atteints par les taux de réponses positives à ces deux questions dépassent de loin en ampleur les 69,4 % de «oui» à la question sur l'interdiction totale de la publicité, qui vous paraissait si caricaturalement tendancieuse et inductrice? Comment expliquez-vous ce curieux phénomène de rendement négatif: plus on est supposé orienter sournoisement les personnes interviewées, moins leurs réponses se révèlent homogènes?

Enfin, êtes-vous naïfs au point de considérer que la bataille d'influence actuelle visant à faire autant que possible contrepoids au puissant lobby des cigarettiers et de leurs associés se gagnera exclusivement à coup d'ambitieuses, lourdes et longues enquêtes scientifiques? A vous entendre, il est vilain de chercher, par un sondage rapide, simple et direct, qui n'a peut-être pas toutes les caractéristiques d'un grand projet universitaire, à faire «pression sur les annonceurs et les décideurs politiques»... L'essentiel, pourtant, est-il de savoir si, en libellant telle question autrement, nous n'aurions pas obtenu une variation de 3 à 5 % dans les résultats, ou est-il de pouvoir renvoyer à l'opinion et à nos autorités l'image générale d'une tendance qui, dans sa configuration écrasante, ne peut matériellement pas tricher avec la réalité?

En vous remerciant par avance de bien vouloir porter notre point de vue à la connaissance de vos lecteurs, dans la mesure notamment où il place le débat dans une perspective plus nuancée et moins unilatéralement critique, je vous prie d'agréer, Monsieur le Rédacteur en chef, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Dr Georges Ziant, directeur de l'Association contre le Cancer ■

Pour un lobby d'intérêt général

Je reçois la revue «Education-Santé» dans le cadre de ma profession, mais c'est cependant à titre personnel que je voudrais vous faire part de ma réflexion.

Tout d'abord, un coup de chapeau tout à fait désintéressé pour une revue bien faite, claire, complète et agréable à lire, dont le principal mérite est à mon sens de pouvoir amener une information de qualité aux professionnels de la santé sans pour autant rebuter le grand public.

Je me demande cependant si nous ne sommes pas en droit de regretter qu'un tel outil d'information de qualité ne s'investisse pas plus par rapport à des choix de société qui conditionnent le mode de vie et corollairement la santé des individus.

S'il est clair en effet que la lutte contre le tabagisme, l'information pour une meilleure alimentation, la prévention des accidents domestiques etc. sont des objectifs importants, n'est-il pas tout aussi limpide que automobiles, industries, chauffage domestique... sont dans les grandes villes des facteurs aggravants ou des causes de maladies respiratoires ? Dans un autre ordre d'idées, peut-on raisonnablement espérer qu'une campagne d'information pour une alimentation plus saine puisse au niveau du public damer le pion aux budgets publicitaires colossaux des multinationales de l'agro-alimentaire ? Ne doit-on pas craindre que l'on n'arrive ainsi à convaincre que ceux qui, «socio-culturellement», sont déjà convaincus ?

N'y aurait-il pas non plus matière à réaction dans vos colonnes lorsque des écoles officielles distribuent aux élèves des journaux de classe

où abondent publicités pour les pouvoirs politiques locaux et publicités commerciales pour des modes d'alimentation criticables ?

Parle-t-on suffisamment des effets du bruit (en ville, dans certaines professions) aux plans physique et psychologique ?...

J'arrête ici les exemples.

Sans vouloir susciter la polémique, et en affirmant clairement qu'il n'y a dans mon propos aucune volonté de parti-pris politique, je crains simplement qu'à l'heure actuelle la démarche officielle ou para-officielle d'«Education-Santé» ne soit, au-delà d'une utilité bien réelle et au corps défendant de la plupart de ses initiateurs, qu'un alibi pour un pouvoir qui mise tout sur des valeurs purement matérielles et économiques, et apaise sa conscience ainsi que celle (pour autant qu'il lui en reste !) du bon peuple en «chipotant» dans les domaines - entre autres - de la santé ou de l'aide humanitaire.

En clair, votre action ne finit-elle pas malgré elle à s'assimiler à la récente campagne en faveur du sport de certain ministre; n'aboutit-elle pas à terme à ne plus n'être qu'une façade de respectabilité pour un pouvoir qui a bien plus d'intérêt à ce qu'un jeune s'habille «Chevignon» et bouffe des hamburgers qu'à lui faire faire de la gym ?

Sans prêcher une révolution que je ne souhaite pas, je ne pense pas que le saupoudrage de bonnes intentions suffise à faire évoluer une société où, pas plus que dans celles qui l'ont précédée, la grande majorité des gens n'ont pas accès à la réflexion critique et sont maintenus dans une situation de dépendance

forcée vis-à-vis du pouvoir par les biais de la carotte économique (grosse auto, Walibi, belles fringues...) et du valium médiatique (culture RTL).

Nous pouvons avoir le sentiment en 1991 que les initiatives en matière d'éducation à la santé participent d'un retour à une démarche caricative qui, si elle n'est pas humainement criticable, n'est pas très efficace socialement.

Avant que l'on ne vous contraigne, pour assurer votre subsistance, à recourir au sponsoring de Nestlé ou d'un autre, il serait réconfortant de voir s'exprimer dans des revues ciblées comme la vôtre, un «lobby» d'intérêt public qui, par delà la seule information (dont vous vous chargez très bien d'ailleurs), exercerait une réelle pression sur les choix politiques.

La notion de «choix de société» dont je parlais au début est peut-être utopique par les temps qui courent, mais se contenter d'informer un public qui n'a pas ou que peu le choix de modifier ses comportements n'est pas plus satisfaisant. Je n'ai pas de solution à vous proposer, n'étant ni démiurge ni omniscient.

Cette lettre n'était qu'une réflexion, inspirée, je vous le rappelle, par la qualité de votre revue. Je vous remercie d'avoir bien voulu accorder votre attention à ces quelques lignes un peu décousues, et ne peux que vous encourager à prendre des initiatives et vous doter de moyens visant à améliorer l'efficacité de l'éducation à la santé.

Jean-François Bachelet

«Education Santé» sous le titre «La professionnalisation des éducateurs pour la santé en Communauté française de Belgique».

Faut-il une éthique «professionnelle» ?

D'emblée la première phrase de l'article de Danielle Piette fait le lien et plus loin ce critère revient fréquemment : la professionnalisation se caractérise par un intérêt pour les questions éthiques, la définition d'un code éthique propre à la profession. Deux modèles nous sont proposés : celui de la SOPHE (Society for Public Health Education) aux Etats-Unis et de la SHEO (Society of Health Education Officers) au Royaume-Uni.

Le débat de la professionnalisation est un débat à portée éthique et il n'est pas simple. Comment gérer la recherche de la compétence, la reconnaissance publique et conserver les principes de la participation communautaire dans une «discipline» au carrefour de toutes les autres ?

Quel est l'enjeu de la formation : créer une catégorie professionnelle ou diffuser les compétences professionnelles ? Quelle est la place des équipes de recherche : créer un savoir théorique ou pratique, et utile à qui ?

Comment créer et favoriser la concertation, sans exclusive, avec les acteurs et gérer par eux ? L'hétérogénéité de ces acteurs rend la tâche complexe, si l'on veut ne pas rester dans un cénacle d'éducateurs pour la santé «spécialisés»⁽¹⁾.

Cependant, le débat de la professionnalisation n'est pas celui de l'éthique, même «professionnelle».

⁽¹⁾ Cette terminologie, comme celle plus loin d'éducateur pour la santé «banalisée» est celle utilisée par Danielle PIETTE dans l'article cité.

Tout d'abord parce que «il n'y a pas, il ne peut y avoir d'éthique «professionnelle», c'est-à-dire instituée, contrairement à la déontologie ou code. Le code fixant quelques grandes barrières de principes généraux, (...) faisant lien social entre ceux qui s'y reconnaissent (...)» Pellegrini (1991).

Cette distinction entre éthique et morale nous semble importante et éclairante. Nous avons souligné plus haut le caractère relatif, passif de la morale et celui dynamique de l'éthique. Elle l'est particulièrement quand on suit l'argumentation de Robert Pelegrini.

La morale est un savoir, un système de règles variables et il est vain de chercher un discours qui serait le garant de l'acte. La référence à un discours ne permet pas de déduire la nature et la valeur de l'acte.

Nous l'avons noté d'emblée, les discours, les savoirs, les réflexions sur les valeurs qui sous-tendent les pratiques de l'éducation pour la santé ne manquent pas, même chez nous. Et les éducateurs pour la santé venant d'horizons très variables ne sont pas ignorants des courants éthiques de leur discipline initiale : médicale, infirmière, éducative, sociale, ... Mais ces discours ne nous disent rien des actes quotidiens des éducateurs pour la santé.

C'est sur ce point que je voudrais faire aboutir mon propos et répondre aux dernières interpellations du Centre de Diffusion de la Culture Sanitaire.

Non ! Il n'y a pas d'urgence d'en parler, de faire un inventaire des questions, d'interpeller des savoirs, d'étaler (et oui, comme dans un marché, une foire, un forum !) des idées. Les savoirs sont insuffisants pour interroger et guider les actes. S'il faut un forum que l'on y débâte de nos actes entre éducateurs pour la santé «banalisés».

Michel Demarteau

BIBLIOGRAPHIE

- **DEMARTEAU, M.**, Pratiques et éthique de l'éducation dans le champs de la prévention, communication à la rencontre de la fédération des Maisons Médicales et Collectifs de Santé francophones à Herbeumont le 08 juin 1991, «Notre éthique et nos pratiques pour une politique de prévention», actes à paraître.
- **FOUREZ, G.**, Pour une éthique et une morale de l'éducation à la santé in Reginster-Haneuse, G., Leclercq, D., Demarteau, M., **Education pour la santé à l'école**, collection santé éducation, Service de Technologie de l'Education, Université de Liège, 1986, pp 233-249.
- **GOLDBERG, M.**, Cet obscur objet de l'épidémiologie, in **Sciences Sociales et Santé**, N°1, décembre 1982, pp 54-110.
- **GOTTRAUX, M.**, La construction sociale du champ de la prévention, in **Sciences Sociales et Santé**, N°1, décembre 1982, pp 15-37.
- **LADRIERE, P.**, L'éthique, soi et les autres, in **Informations Sociales**, N°9, 1991, pp 10-18.
- **O.M.S., Promotion de la santé, une base de discussion sur le concept et les principes**, O.M.S. : Bureau Régional de l'Europe, Copenhague, septembre 1984.
- **O.M.S., Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé**, O.M.S., Genève, 1986.
- **PELEGRINI, B.**, Peut-il y avoir une éthique «professionnelle», in **Informations Sociales**, N°9 1991, pp 40-48.
- **PIETTE, D.**, La professionnalisation des éducateurs pour la santé en Communauté française de Belgique, in **Education Santé**, N°52, novembre 1990, pp 3-12.
- **TONES, B. K.**, Health education and the ideology of health promotion : a review of alternative approaches, in **Health Education Research, Theory and Practice**, Vol 1 N°1, 1986, pp 3-12.

Evaluation de la campagne "le petit déjeuner malin"

Pendant l'année scolaire 1990-1991, l'asbl Question santé a mené, en collaboration avec l'ICAN, une action alimentaire en Communauté française. Cette action a reçu le support de la firme Kellogg's.

En termes de demande/nombre de contacts établis et concrétisés, on peut dire que l'intervention fut un succès, puisque 55 écoles furent ainsi visitées et environ **4500 élèves** touchés par la campagne "petit déjeuner".

Les contacts établis émanaient aussi bien des **enseignants**, que des infirmières dépendant des **services I.M.S.**, voire de certaines personnes s'occupant des animations dans les écoles.

L'intervention, dans les classes de 3e et 4e primaire, consistait en différentes étapes:

- demande d'un enseignant pour l'activité (publicité par articles et par bouche à oreilles);
- discussion avec l'enseignant sur les activités ultérieures aux animations;
- distribution de documents: documents du "maître", de l'élève, fiche pour les parents;
- animation-information sous forme d'interactions avec les enfants (contenu du déjeuner, raisons de s'alimenter, plaisir de manger, ...);
- deuxième animation autour d'un petit déjeuner: comment composer un petit déjeuner équilibré.

Enquête d'évaluation

Pour évaluer l'**efficacité** de notre action, nous avons décidé de réali-



ser une étude, avec l'aide de Danielle Piette (PROMES, ESP/ULB).

L'évaluation-enquête consiste dans l'analyse de deux questionnaires: un distribué avant, l'autre après l'intervention.

Le questionnaire comprend 31 questions relatives aux variables démographiques (âge, sexe, pays d'origine et profession des parents), aux comportements et opinions, ainsi qu'aux connaissances concernant l'alimentation et le petit déjeuner.

Les questions relatives aux comportements et aux opinions sont de type ouvert. Elle permettent de recueillir plus d'informations (avantage qualitatif), au contraire des questions fermées (celles-ci étant plus intéressantes en termes quantitatifs).

L'évaluation concerne 14 classes, réparties dans 9 écoles, 5 en région bruxelloise, 4 en région wallonne.

275 élèves des 3e et 4e années primaires ont ainsi répondu à deux questionnaires, à une semaine d'intervalle.

Les classes sont réparties en trois groupes:

- le groupe 1 concerne les classes, sans animation extérieure (groupe de référence);
- le groupe 2, les classes ayant participé à un petit déjeuner;
- le groupe 3, celles chez qui un animateur du projet est venu réaliser une animation et qui ont participé à un petit déjeuner.

Le groupe 1 est constitué de 58 élèves (3 classes), le groupe 2 de 31 élèves (2 classes), et le groupe 3 de 185 élèves (9 classes).

Une analyse de contenu des réponses obtenues pour les questions ouvertes a été effectuée. Ceci a permis une codification standardisée de réponses. Les données ont été encodées et traitées à l'aide du

l'attitude et du comportement. Concrètement, cela se traduit ainsi:

- Connaissances** - les jeunes doivent être capables :
- d'identifier les constituants de la fumée;
 - de connaître le fonctionnement de l'appareil respiratoire et les effets du tabac sur celui-ci;
 - de préciser les méfaits du tabac sur la santé du fumeur et du non-fumeur;
 - de connaître les techniques publicitaires utilisées par les industries du tabac pour en favoriser la consommation.

- Attitudes** - les jeunes doivent être capables :

- de se situer par rapport au concept de vie saine;
- d'être critiques vis-à-vis des techniques publicitaires;
- de prendre conscience de la dépendance induite par le tabac;
- d'induire une réflexion sur l'influence des pairs et de leur entourage;
- de se situer vis-à-vis des sollicitateurs ou «fumeurs» et de prendre conscience de leurs limites dans cette situation.

- Comportements** - les jeunes doivent être capables :

- d'être critiques face à l'influence publicitaire et médiatique;
- d'adopter un comportement de vie sain;
- de posséder les arguments qui leur permettent de justifier leur refus par rapport au tabac.

Les actions

Deux équipes ont travaillé, l'une à Liège, l'autre à Bruxelles.

A Liège, il y a une animation pour les 4 premières années primaires, avec dessins animés et théâtre de marionnettes, et une autre pour les élèves de 5ème et 6ème, avec expérience scientifique et projection du film «Le bon choix».

A Bruxelles, les enfants visés sont en 3ème et 4ème, et les données utiles sont fournies au départ de deux dessins animés de la série «Archibald le Magichien».

Evaluation

Le travail des animateurs a fait l'objet d'une observation par un groupe de travail pluridisciplinaire, ce qui a permis d'améliorer le travail. Sur le plan quantitatif, on notera que 23 écoles bruxelloises ont été touchées en 3 mois, et 45 écoles liégeoises en 6 mois.

Et pour l'avenir

Les équipes ont pris conscience du fait que des interventions ponctuelles d'une heure auprès des enfants ne peuvent être considérées que comme des séances de sensibilisation.

Leur souhait est de développer un module pédagogique à offrir aux enseignants. A plus long terme, elles ambitionnent d'assurer la formation des enseignants de façon à toucher le plus grand nombre d'écoles possible en intégrant la thématique du tabac dans une approche globale de la santé reprise dans un curriculum d'éducation pour la santé à l'école. Cela pourrait se faire en collaboration avec la Croix-Rouge, le service aux éducateurs s'adressant aux jeunes en âge scolaire.

Action Antitabac, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles. tél.: 02/512.29.36. Contact: Caroline Rasson.

Article relatif à un programme ayant fait l'objet d'une subvention de la Communauté française - 1990 ■

Subventions CEE

L'argent est le nerf de la guerre et parfois aussi de l'éducation pour la santé.

Nous n'hésitons donc pas à vous signaler une possibilité de financement intéressante.

La Commission des Communautés européennes met en oeuvre des actions en santé publique. Elles concernent en particulier la lutte contre le sida, la réduction de la demande de drogue, l'alcoolisme, l'éducation pour la santé, la toxicologie et autres domaines liés à la santé.

Dans ce contexte, la Commission des Communautés européennes invite à présenter des demandes d'aide financière en faveur de projets de durée limitée dans le domaine de la santé publique. Ces projets viseront à promouvoir les approches novatrices ainsi que le développement des échanges d'informations et d'expériences. L'accent sera mis sur la prévention primaire et secondaire, la réinsertion, l'éducation pour la santé, la formation des personnels, l'épidémiologie et l'amélioration de la collecte des données.

La préférence sera donnée aux projets bénéficiant d'autres soutiens et sources de financement.

S'il est trop tard pour obtenir une aide sur le budget 91, rien ne vous empêche d'introduire un projet pour l'an prochain. Vous pouvez demander le formulaire de demande de financement à l'Unité de Santé Publique, Direction Santé et Sécurité, CCE, Bâtiment Jean Monnet, L-2920 Luxembourg. Tél.: (352) 43.01.27.24, fax: (352) 43.01.45.11. Les personnes à contacter sont Mme Isabelle Paul, M. Germain Thinus et le Dr Hubert Petit.

Informations communiquées par le Dr W. Brunson, directeur général f.f. de la Direction générale de la santé de la Communauté française de Belgique. ■

Les illustrations sont complétées par un commentaire qui analyse ces situations et insiste sur la prévention et les premiers gestes à avoir en cas d'accident.

L'objectif du projet est de sensibiliser les enfants et leurs parents à la prévention des brûlures, grâce à une utilisation optimale de la BD par les enseignants, comme support de leur action. L'U.P.P.E.S. a réalisé à leur intention un feuillet contenant des pistes d'exploitation de cet outil.

La bande dessinée sera disponible dans toutes les Commissions locales de coordination, pour les enseignants et les élèves de 4ème année primaire qui en feront la demande. Les C.L.C. pourront assurer un suivi ou une aide méthodologique aux enseignants qui désirent développer une action de prévention sur le thème des brûlures.

Axel Roucloux, responsable U.P.P.E.S. et **Bénédicte Reginster**, C.L.C. Namur.

Fondation Nationale d'Aide aux Grands Brûlés, chée de Vleurgat 221, 1050 Bruxelles. Tél.: 02/649.65.89.■

Medivista

Quand le commerce s'intéresse à l'éducation pour la santé

Sous le slogan alléchant de «la vidéo au service de la santé», se cache une toute jeune société dont le projet est de distribuer des films vidéo d'information sur la santé. L'objectif est double: rentabiliser le temps parfois très long que les patients perdent dans les salles d'attente des consultations des hôpi-

taux; à moyen terme, réduire les dépenses de l'Etat en matière de santé publique par une meilleure information du grand public.

Medivista vise d'abord les hôpitaux de plus de 100 lits. Il leur offre un service gratuit, comprenant un lecteur vidéo VHS et un moniteur couleur intégrés dans une console protégée, avec gestion automatisée des jours et des heures de passage des programmes. Ceux-ci sont choisis au départ de la collection «Education pour la santé» de la Médiathèque de la Communauté française de Belgique; Medivista envisage aussi l'éventualité de productions originales pour répondre à des demandes spécifiques.

Si les hôpitaux ne paient rien, comment ce service sera-t-il financé? Par la publicité, les programmes vidéo étant séparés par des messages publicitaires.

Des questions

- Les salles d'attente des hôpitaux sont-elles vraiment un bon endroit pour faire de l'éducation pour la santé par vidéo?
- Medivista garantit aux annonceurs un certain nombre de passages de leurs spots sur base d'un programme d'une heure passant 8 fois par jour et 7 jours sur 7. Mais y a-t-il consultation aussi souvent dans les services des hôpitaux?
- La Médiathèque est-elle en mesure d'autoriser la projection des programmes dont elle a négocié certains droits avec leurs producteurs?
- Diminuer à moyen terme les dépenses de la sécurité sociale, n'est-ce pas un objectif démesuré par rapport aux activités de la firme?
- En définitive, s'agit-il réellement d'éducation pour la santé, n'est-ce pas plutôt le lancement d'un nouveau support publicitaire pour lequel le contenu des programmes sert d'alibi?

Si vous voulez en savoir plus... Medivista, Catherine François et Bruno Emsens, Quai de Mariemont 2, 1070 Bruxelles. Tél. et fax: 02/410.18.47. ■

Tabagisme et milieu scolaire

La sensibilisation des jeunes à l'école sur le thème du tabac est probablement une des façons d'éviter qu'un grand nombre d'entre eux deviennent fumeurs.

Le public

Ce projet vise en particulier les enfants de 7 à 12 ans, dans tous les réseaux d'enseignement. Il faut savoir en effet que les enfants sont sollicités de plus en plus tôt par la cigarette. L'enquête OMS réalisée par l'équipe Promes dans la Communauté française montre par exemple que 25% des garçons et 18% des filles âgés de 11 ans ont déjà fumé, et que 2,5% des garçons et 5% des filles fument au moins une fois par semaine.

Les partenaires

L'Action Antitabac est aidée par le Ministère de l'Emploi et du Travail (personnel PRIME et TCT), le Ministère de la Santé (Communauté française), et la Section de Lutte contre le Tabagisme de la Fares.

Les objectifs

Le but final est d'amener les jeunes à adopter un mode de vie sans tabac. Cet objectif général a été traduit en objectifs intermédiaires, sur le plan des connaissances, de

programme informatique de l'OMS, Epi Info.

Quelques résultats de l'enquête

L'analyse du premier questionnaire (remis avant l'intervention) nous permet de faire plusieurs constatations.

1. Comportements

Nous constatons que la prise du petit déjeuner décroît avec l'âge, et que plus de 30 % des enfants déjeunent en compagnie de leurs frères et /ou soeurs. Cette constatation rejoint celle qui nous a été rapportée par un médecin travaillant en milieu immigré, pour "Cultures et Santé". Ce médecin avait, elle aussi, observé que beaucoup d'enfants déjeunaient sans leurs parents, mais avec leurs frères et soeurs. Dès lors, elle suggérait d'axer les actions d'éducation pour la santé sur les frères et/ou soeurs aînés.

En termes nutritionnels, on peut relever que le matin, le "manque" se manifeste surtout sous forme de "l'oubli" des fruits et dans une moindre mesure des produits laitiers. On note aussi que les sucres ont toujours la cote pour le 10 heures.

2. Opinions

- Le petit déjeuner est vu par la plupart des enfants comme le repas le plus important. Mais ils ne savent pas toujours pourquoi.
- Le plus souvent, disent-ils, les repas calment la faim. Le repas n'est pas souvent cité comme source de plaisir ou de rencontre familiale.
- Ceux qui ne prennent pas de petit déjeuner n'ont pas le temps, ou n'ont pas faim le matin!
- Les enfants ajoutent que, quand on ne prend pas de petit déjeuner, on peut avoir faim le matin,

ou être malade (mal au ventre, coup de pompe).

- Ils répondent qu'on mange surtout pour grandir, pour vivre, pour calmer la faim, pour être en forme.
- On voit aussi que la faim apparaît plusieurs fois dans les réponses citées par les enfants.

Il est utile de se demander si d'autres réponses (forme, santé, maladie) sont des réponses "spontanées", expérimentées ou apprises théoriquement? En effet, "les bonbons, les chips sont mauvais pour la santé," déclarent les enfants. En même temps, ils déclarent aimer en manger.

On peut dès lors se demander ce que recouvrent, pour eux, les mots "santé" et "bon pour la santé"...

3. Connaissances

Le degré des connaissances concernant les groupes alimentaires (et leur association avec une fonction) sont difficiles à évaluer, après le premier questionnaire. Mais la catégorisation du premier questionnaire permet une comparaison avec le second.

On observe souvent, lors de ce premier questionnaire, une association des produits laitiers avec les aliments permettant d'avoir des os et des dents solides, mais aussi le choix, pour ce groupe, des bonbons et du sucre! On observe aussi une association entre les végétaux et les vitamines.

Les connaissances concernant l'équilibration du petit déjeuner sont déjà intégrées pour la plupart des enfants.

Le niveau de ces connaissances pose la question du biais induit par d'autres actions à propos du petit déjeuner.

Mais ici aussi, la comparaison entre les deux questionnaires permet d'évaluer l'action entreprise.

Comparaison entre les deux questionnaires

Cette comparaison permet les constats suivants:

1. Comportements

- La prise du petit déjeuner se modifie légèrement: la réponse "jamais" n'est plus citée dans le groupe 2. Dans le groupe 3, on observe une petite augmentation des enfants déclarant prendre un petit déjeuner le matin.
- Au niveau des boissons et aliments consommés le matin, les sucres et le café sont moins cités; par contre, le lait et les fruits le sont plus souvent.

2. Opinions

Les modifications sont peu significatives. On peut retenir les deux constats suivants:

- le petit déjeuner est cité comme le repas le plus important de la journée par un plus grand nombre d'enfants;
- à la question "est-ce qu'il y a des aliments mauvais pour la santé?", on constate qu'un plus grand nombre d'enfants ne répondent plus ou répondent qu'aucun aliment n'est mauvais pour la santé.

3. Connaissances

Les questions concernant les groupes alimentaires et celles concernant l'équilibration du petit déjeuner montrent une amélioration des réponses adéquates. Et cette amélioration est surtout importante pour le groupe 3, groupe qui a bénéficié de deux animations (information-petit déjeuner).

Au total, on peut constater des modifications légères en ce qui concerne les opinions et les comportements, et un peu plus importantes pour ce qui a trait aux connaissances.

Ces modifications (surtout les dernières) se signalent particulièrement pour le groupe d'enfants ayant bénéficié de deux animations.

Commentaires de l'enquête

66 % des enfants interrogés déclarent prendre un petit déjeuner tous les matins, 5 % n'en prennent jamais et les 30 % restants presque tous les jours (cette réponse signifiant peut-être seulement les jours de congé).

Cette constatation rejoint celle d'autres enquêtes (environ 10% des enfants de cet âge ne prennent pas de petit déjeuner régulièrement).

Autre fait intéressant, la non-prise du petit déjeuner croît avec l'âge. D'où l'intérêt de réaliser cette action-petit déjeuner dès les premières années primaires, avec des interventions de rappel au cours des années suivantes.

Le petit déjeuner est rarement équilibré, d'un point de vue nutritionnel.

L'alimentation et les repas ne sont pas décrits comme procurant du plaisir.

Les connaissances concernant les besoins nutritionnels, les groupes alimentaires et l'équilibration du petit déjeuner, sont déjà acquises pour un certain nombre d'enfants.

Les enfants se sont déjà, pour la plupart, constitué un bagage d'opinions au sujet de l'alimentation et du petit déjeuner.

Cela rejoint les constats réalisés lors des animations : les opinions sont exprimées facilement, et à l'occasion de ces interactions (enfants-animateur) émergent des contradictions ou conflits entre alimentation-santé et alimentation-

mode de vie (habitudes familiales, imprégnation culturelle).

Les résultats confirment la difficulté de changer comportements et opinions, dans un domaine aussi complexe que les habitudes alimentaires. Il est clair que deux animations ponctuelles ne sont pas suffisantes.

Il apparaît que l'impact, du moins à court terme, sur les connaissances bénéficie du programme réalisé sur deux animations.

Les "bons" résultats, en terme de connaissances, lors du premier questionnaire ne se sont pas toujours vérifiés lors des animations. Ceci pourrait être l'expression d'un biais: les enseignants ont préparé les enfants. Cette préparation s'est retrouvée dans d'autres classes (ceci hors contexte d'évaluation). L'accent porté sur le thème ("petit déjeuner") peut induire un biais pour l'évaluation, mais si elle amène les enseignants à préparer l'animation et son développement ultérieur, un des objectifs (participation des enseignants) est atteint.

Conclusions

Le bilan à la fin de cette année est encourageant.

Le public visé a répondu favorablement et avec enthousiasme. L'action a concerné 55 écoles, environ 4.500 élèves.

"Le petit déjeuner équilibré" mérite d'être promotionné car environ 10 % des enfants de cet âge (de 8 à 10 ans) ne prennent pas de petit déjeuner et celui-ci est rarement satisfaisant d'un point de vue nutritionnel.

L'impact sur les connaissances bénéficie des animations réalisées dans le cadre de la campagne "Le petit déjeuner malin".

L'évaluation nous permet de dégager plusieurs perspectives pour la suite du programme:

- collaboration plus étroite avec les enseignants et les relais;
- adaptation des supports pédagogiques;
- développement des animations menées en classe, avec l'aide des enseignants, et... des parents.

Dr R. Bontemps, Question Santé

Et si on parlait de tes dents?

La Coordination prévention petite enfance de Watermael-Boitsfort regroupe tous les travailleurs qui s'occupent du suivi médico-social des enfants de 0 à 6 ans: crèches, service de gardiennes encadrées, centres d'inspection médicale scolaire (libre et communal), consultations de nourrissons et centre de planning familial.

Elle a organisé, du mois de septembre à ce mois de novembre, une vaste campagne de prévention de la carie dentaire, menée de front par toutes les structures. Elle espère ainsi toucher environ 2000 enfants. La campagne est soutenue par l'ONE et la Fondation pour la Santé Dentaire.

Les objectifs de la campagne sont une diminution de la consommation de sucreries, la systématisation du brossage des dents chaque jour (à la maison et à l'école), la systématisation de la visite chez le dentiste au moins une fois par an.

La Coordination était soutenue par la commune, l'ONE et la Fondation pour la santé dentaire. Elle a également obtenu le soutien financier du Crédit Communal et de la firme Zyma-Galen (déjà souvent présente dans les campagnes

d'éducation pour la santé sur l'hygiène dentaire).

La campagne s'articulait en cinq phases.

- Une affiche placardée dans toute la commune annonçait le projet.

- Une lettre d'introduction au projet a été envoyée aux parents, accompagnée d'un questionnaire permettant de connaître les comportements familiaux et le niveau de connaissances sur la carie et l'hygiène dentaire. Le questionnaire a été élaboré avec le service éducation pour la santé de l'ONE. Un deuxième questionnaire sera distribué après la campagne en vue de son évaluation.

- La coordination a invité les dentistes et les pédiatres de la commune à des réunions de présentation du projet, afin de susciter leur participation à la campagne.

- Des animations spécifiques ont été mises sur pied dans les différentes structures:

- dans les consultations de nourrissons, présentation de panneaux informatifs de l'ONE, sensibilisation des parents dans les salles d'attente et par le pédiatre, animations sur base d'un diaporama pour les parents et de la vidéo «Archibald le magicien» pour les 3-6 ans, jeu de lotto, démonstrations de brossage des dents, distribution de brosses à dents et dentifrices, distribution d'une fiche alimentation élaborée par une diététicienne de l'ONE et un dentiste de la Fondation pour la Santé Dentaire;

- dans les crèches et chez les gardiennes encadrées, affichage des panneaux de l'ONE, séances régulières de brossage des dents par petits groupes et devant un miroir à hauteur des enfants, lectures d'histoires sur le sujet, activités manuelles;

- dans les écoles, affichage, séances de brossage des dents, lectu-

res, travaux manuels (suivant les écoles), présentation de diaporamas.

- Enfin, une journée de conférences-débats tout public aura lieu le 23 novembre dans les Ecuries de la Maison Haute. Les conférences porteront sur l'étiologie des problèmes bucco-dentaires, le rôle de l'alimentation sucrée et les aspects psychologiques liés à cette consommation, les soins aux dents de laits, le remboursement des soins et l'importance du fluor. L'après-midi, la Ludothèque ouvrira ses portes aux petits de 0 à 3 ans dont les parents voudront suivre les conférences, et dans la Maison des Enfants auront lieu des animations pour les 3 à 6 ans (préparation de collations, lecture de contes,...).

Une bien belle campagne que voilà qui, si elle est une réussite, pourra se reproduire dans d'autres communes ou sur d'autres thèmes. Nous vous reparlerons de cette initiative lorsque l'évaluation aura été réalisée.

Pour tout renseignement, s'adresser à **Anne Wilboux**, Centre de Santé, rue du Pinson 127, 1170 Bruxelles, tél. 02/672.20.63 ou **Sabine Decerf**, service Action Sociale, Administration communale de Watermael-Boitsfort, rue du Ministre 11, 1170 Bruxelles, tél. 02/674.74.15.■

«Attention, ça chauffe»

Au moment où «Backdraft», le film très spectaculaire (et un peu niais) de Ron Howard sort sur nos écrans, débute une vaste campagne de sensibilisation à la prévention des brûlures. Les hasards du calendrier font bien les choses...



Le principal outil de cette campagne, la bande dessinée «Attention ça chauffe!», a été coordonné par Gilles Van Moortel, conçu par Julien et Lapiere, et illustré par Dino Attanasio (le papa de Spaghetti et Prosciutto). C'est une initiative de la Fondation Nationale d'Aide aux Grands Brûlés et de l'Unité pour la Pratique et la Promotion de l'Education pour la Santé de l'Institut Provincial d'Hygiène Sociale, avec la collaboration de la Commission locale de coordination de Namur et le parrainage de la Royale Belge et des Lions Clubs.

Ce projet assure un suivi aux actions entreprises à Namur en mai dernier, dans le cadre du programme Réseau-Action-Sécurité (R.A.S.), coordonné par Educa-Santé avec l'aide de la Communauté française.

Chaque année, près de 1000 brûlés graves doivent être soignés dans des centres spécialisés. Plus d'un tiers d'entre eux sont des enfants et la plupart de ces brûlures sont dues à des accidents domestiques.

Consciente de ce problème, la Fondation Nationale d'Aide aux Grands Brûlés a réalisé la bande dessinée «Attention, ça chauffe», qui illustre des situations à risque et explique comment les gérer.