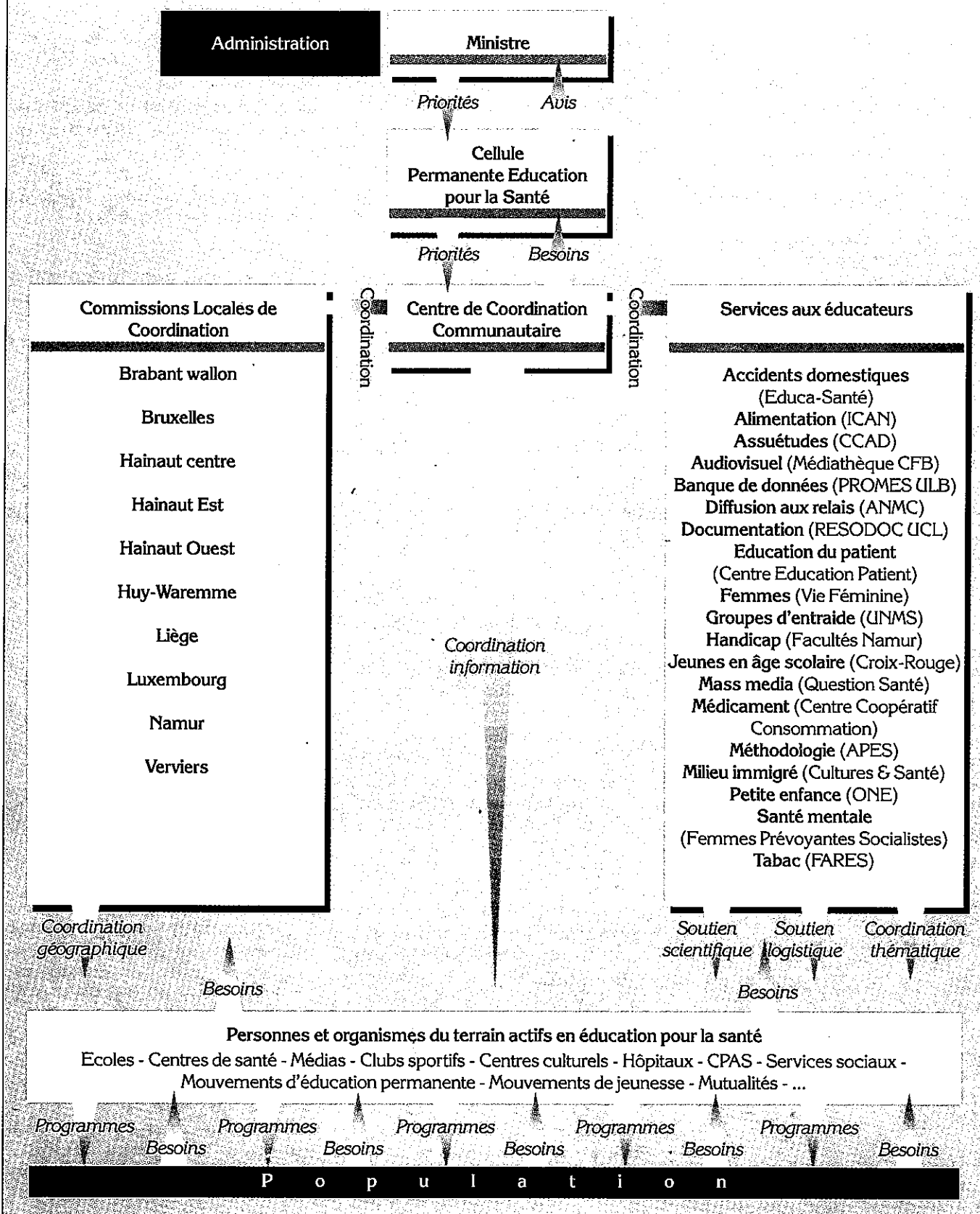


L'éducation pour la santé en Communauté française de Belgique



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

NOVEMBRE 1993

82

Stratégie

Un dossier spécial "5 années de réglementation en éducation pour la santé"

L'éducation pour la santé en bref p. 3

5 ans de projets subsidiés par *Christian De Bock, Michel Yvardeau et Roger Lonjils* p. 6

La parole aux acteurs p. 7

Et si on rêvait... p. 12

N'oublions pas l'éthique! par *Bernadette Taeymans et Pierre Anselme* p. 17

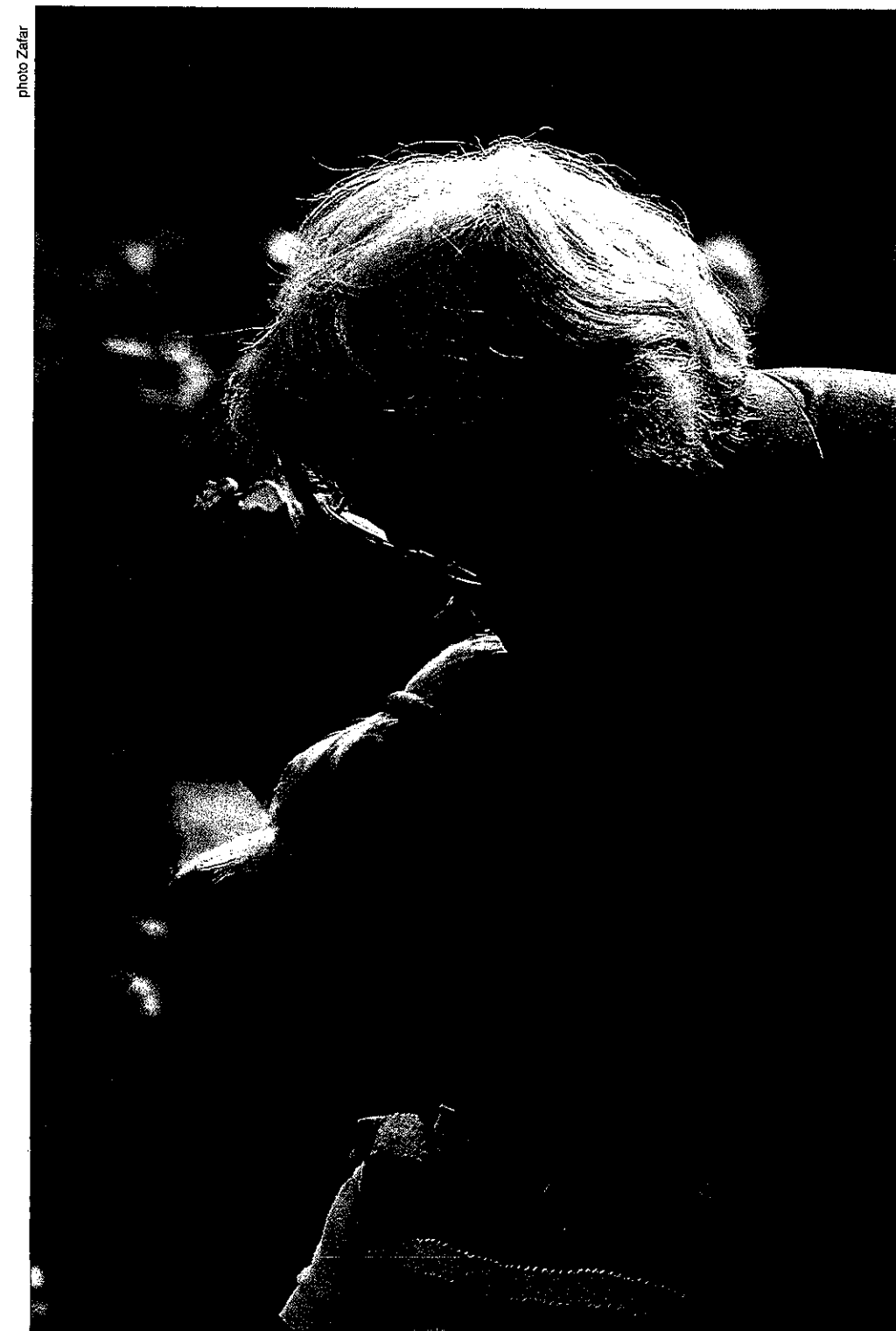
Réflexions

Une culture vaccinale par *Renée Coen et Patrick Trefois* p. 21

L'insomnie des personnes âgées par *Guy Adant* p. 22

Lu pour vous

La santé en action, une nouvelle collection du Comité Français d'Éducation pour la Santé p. 35



Les âges de la vie

Une bibliographie commentée p.39

Bon anniversaire!

Si vous avez de bonnes lectures, le n° 183 du "Moniteur Belge" paru le 10 septembre dernier ne vous aura pas échappé. Les décrets relatifs au transfert de l'exercice de certaines compétences de la Communauté française de Belgique à la Région wallonne et à la Commission communautaire française de Bruxelles y ont été publiés.

Celui qui nous intéresse est le décret du 19 juillet 1993, qui dit dans son article 3:

"La Région et la Commission, la première sur le territoire de la Région de langue française et la seconde sur le territoire de la Région bilingue de Bruxelles-Capitale, exercent les compétences de la Communauté française dans les matières suivantes:

6° la politique de santé visée à l'article 5, § 1er, I, de la loi spéciale, à l'exception des hôpitaux universitaires, du Centre Hospitalier de Liège, de l'Académie royale de médecine de Belgique, de ce qui relève des missions confiées à l'Office de la Naisance et de l'Enfance (ONE), de l'Education sanitaire, des activités et services de médecine préventive et de l'Inspection médicale scolaire."

Ainsi donc, notre secteur conserve une certaine solidarité entre Wallons et Bruxellois francophones, et (mais c'est un détail!) le sous-titre d'Education Santé ne doit pas changer...

Cela étant acquis sur le plan institutionnel, que va-t-il se passer, quels vont être les accents que la Ministre de la Santé, Laurette Onkelinx, souhaitera imprimer à la promotion de la santé dans notre Communauté française de Belgique? Vous le saurez en lisant notre prochain numéro, dans lequel la Ministre vous dévoilera les grandes lignes de sa politique future en la matière.

En attendant, cela fait déjà cinq ans ce mois-ci que le secteur est réglementé, par les arrêtés du 8 novembre 1988. Le moment est donc bien choisi pour faire le point. Ainsi, nous vous proposons une analyse sans doute sommaire mais déjà instructive des programmes subventionnés ces 5 dernières années. Nous vous rappelons aussi comment est organisé le secteur, qui a un peu changé en 5 ans, plusieurs services ayant été agréés depuis 1988.

Nous avons voulu privilégier les acteurs de terrain. C'est pourquoi nous leur donnons largement la parole dans ce numéro: une équipe travaillant dans un quartier défavorisé de Koekelberg (Bruxelles), une enseignante dans une école spéciale de la banlieue de Charleroi, une infirmière sociale enfin.

L'éthique est de plus en plus à l'ordre du jour. Nous ne pouvons pas faire l'économie d'une sérieuse réflexion sur ce sujet, dont Bernadette Taeymans et Pierre Anselme posent après d'autres quelques jalons, à l'occasion de la publication des actes du colloque de 1991 "L'éducation pour la santé: quelle(s) éthique(s)?", sur lesquels nous reviendrons prochainement.

Enfin, une fois n'est pas coutume, nous laissons aussi la place au rêve. Mais attention: il peut parfois se transformer en cauchemar!

Christian De Bock, rédacteur en chef

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

Rédacteur en chef: Christian De Bock.

Conseiller de la rédaction: Jacques Henkinbrant.

Secrétaire de rédaction: Bernadette Taeymans.

Secrétaire de rédaction adjoint: Robert Bontemps.

Rédaction, documentation, abonnements: Maryse Van Audenhaege.

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

Editeur responsable: Jean Hallet.

Maquette: Philippe Maréchal.

Composition, photogravure et impression: Economat ANMC.

Tirage: 2.000 exemplaires.

Diffusion: 1.700 exemplaires.

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

ISSN: 0776 - 2623.

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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

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

promotion et éducation pour la santé, à destination de professionnels de la santé, formateurs, animateurs, travailleurs sociaux,... En voici la liste:

Education et santé

- Animer autour d'un thème de santé
- Sida: informer, prévenir (niveau I)
- Sida: informer, prévenir (niveau II)
- Violence et agressivité en situation éducative

La santé en formation
Communication et santé

- Sida: accueil, accompagnement (niveau I)
- Sida: accueil, accompagnement (niveau II)
- Accueil des populations précarisées: un savoir-faire

Besoins de santé des populations précarisées et formation concertée des professionnels

- Actions de santé et choix de partenaires
- Encadrement et communication
- Santé et prévention au niveau local: conduite de projets

Illettrisme et santé

- Médicaments et santé
- Santé, pédagogie et illettrisme
- La santé des jeunes en difficulté
- Informer sur les risques liés aux voyages et au séjour dans les pays d'origine.

Pour de plus amples renseignements: Santé et Communication, service formation, 153 rue de Charonne, F- 75011 Paris.

Assuétude

Bruxelles

Janvier-février 1994

Deuxième module de formation destiné aux équipes pédagogiques de l'enseignement secondaire: les jeudis 13 et 27 janvier, 10 et 24 février 1994, de 9h30 à 12h.

Date limite d'inscription: le 30 novembre 1993.

Renseignements: Infor Drogues, chée de Waterloo 302, 1060 Bruxelles, tél. 02/537.52.52.

Epilepsie

Bruxelles

22 février 1994

Conférence: "L'épilepsie au quotidien, aspects éducatifs". Organisé par la Fédération des Centres francophones de la Ligue belge contre l'épilepsie.

Renseignements: 02/344.32.63.

Soins à domicile

Archennes

Printemps 1994

Formation à l'accompagnement des personnes en fin de vie, organisée par l'association Domus, soins palliatifs à domicile.

Renseignements: Marie-Paule Mandy 010/86.70.08 ou Domus 010/84.15.55 de 9 à 12 heures.

Formation

Namur

L'Université de Paix, centre de formation et de recherche, traite la problématique de la gestion des conflits par des voies non-violentes. Elle présente un programme d'animation en trois modules, "Coopérer pour une éducation à la paix".

Module n°1: "La coopération par le jeu", développer un esprit de coopération, de collaboration et d'entraide mutuelle.

Module n°2: "Mieux se connaître", expérimenter des moyens concrets pour développer la capacité de chacun à s'affirmer.

Module n°3: "Gérer nos conflits", examiner de nouvelles façons de faire face à un conflit.

L'Université de Paix, c'est aussi

- des animations ou formations sur différents thèmes tels que la négociation, la médiation, la résolution des conflits à partir du respect d'autrui, de l'écoute, de l'ouverture (exposés théoriques, exercices d'écoute, de communication, jeux de coopération, de rôle et de simulation, exercices d'auto-évaluation);
- un Service de Médiation Générale tout public.

Renseignements: Université de Paix, boulevard du Nord 4, 5000 Namur, tél. 081/22.61.02, fax 081/23.18.82.

Emploi - demande

Licenciée en philologie germanique et en communication sociale, ayant également un diplôme de bibliothécaire. Geneviève Claes, avenue Marie-Christine 39, 1330 Rixensart, tél. 02/653.05.22.

Cancer

Bruxelles - Liège

Formation à l'accompagnement psychologique des malades cancéreux et

de leur famille. 4 modules: formation de base - gestion du stress du soignant - écouter et répondre - accompagnement du mourant.

Public concerné: médecins, paramédicaux, psychologues, travailleurs sociaux, bénévoles.

Renseignements: Cancer et Psychologie, avenue de Tervueren 215 bte 14, 1150 Bruxelles, tél. 02/735.16.97.

Sommeil

Depuis un an, l'atelier "se réapproprier le sommeil" propose une exploration des champs de l'éducation à l'environnement et à l'hygiène de vie, ainsi que de la santé mentale.

Le travail se déroule en petits groupes de 4 à 5 personnes pendant 10 séances de 2 heures.

Il comprend trois phases:

- Les informations théoriques concernant le sommeil;
- une attention particulière est accordée aux conditions d'environnement et d'hygiène de vie;
- les conditions internes d'un bon sommeil sont étudiées; les peurs, le stress, les problèmes personnels sont reconnus, acceptés et traités.

L'évaluation indique que la moitié des participants affirme réduire ou arrêter la prise de médicaments; 5% continuent un travail d'évolution personnelle.

Renseignements: Josette Samray, Optimium asbl, rue des Bannières 28/5, 1150 Bruxelles. Tél.: 02/762.06.00.

Projets

La Fondation Environnement - Santé - Consommation lance un appel public aux projets d'éducation des enfants et des jeunes à l'environnement, la santé et la consommation, et ce dans une démarche intégrée.

Un dossier d'information expliquant les méthodes pédagogiques recommandées par la Fondation, ainsi qu'un cahier des charges détaillant les conditions nécessaires pour obtenir le soutien de la Fondation sont disponibles sur simple demande. Les cahiers des charges complétés devront être renvoyés à la Fondation avant le 24 décembre 1993.

Renseignements: Fondation Environnement - Santé - Consommation, Place St Jean 1/2, 1000 Bruxelles. Tél.: 02/515.05.54.

Environnement

Liège

6 novembre 1993

Séminaire "Le radon dans notre région - dans les lieux de travail, dans les maisons, dans les écoles". Organisé par le Comité Interprovincial de Médecine Préventive de la Communauté française, l'Association belge de radio-protection (I.H.E.) et la Société belge de radiobiologie (ULg).
Lieu: Palais des Congrès, Liège (de 8h30 à 13h).

Renseignements: C.I.M.P., Madame Grenier, rue Martine Bourtonbourt 2, 5000 Namur, tél. 081/72.95.23.

Assuétude

Bruxelles

8-9 novembre 1993

Formation: alcools et drogues, transgression des limites.

Public concerné: enseignants, animateurs, éducateurs,...

Renseignements: CEMEA Bruxelles-Brabant, rue de Linthout 103 bte 2, 1200 Bruxelles, tél. 02/735.78.82.

Vieillesse

Bruxelles

15 novembre 1993

Les Bureaux de Quartier vous invitent à un groupe de réflexion et d'échanges sur le thème des "Relations aux corps". Cela a lieu de 14h30 à 16h, rue de l'Orme 10, 1040 Bruxelles (métro Mérode).

Renseignements: Bureaux de Quartiers, tél. 02/733.43.95.

Cancer

Bruxelles

18 novembre 1993

A l'occasion du 10ème anniversaire de l'asbl Cancer et Psychologie, conférence de Danièle Chevalier-Deschamps, psychanalyste, sur le thème "Sigmund Freud, entre cancer et création".

Lieu: Centre culturel de Woluwe Saint-Pierre, avenue Charles Thielemans 93, 1150 Bruxelles, salle 150 (à 20h15).
Prix: 300FB (étudiants 150FB).

Cancer et Psychologie, avenue de Teruieren 215 bte 14, 1150 Bruxelles, tél. 02/735.16.97.

Ethique

Liège

25 et 26 novembre 1993

Colloque international organisé par l'Alliance Nationale des Mutualités Chré-

tiennes, avec le soutien de la Commission de la C.E. sur le thème "Solidarité et santé - Questions et défis éthiques".

Renseignements: ANMC, G. Durant, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles. Tél.: 02/237.46.20. Fax: 02/237.33.00.

Santé - Immigration

Liège

27 novembre 1993

Colloque "Quand la relation soignant-soigné est interculturelle". Organisé par Résonances et Cultures et Santé.

Lieu: Faculté d'Economie, de Gestion et de Sciences sociales, Université de Liège, Sart Tilman. Prix: 500 francs.

Renseignements: Giovanna Mancuso, Résonances, rue Soeurs de Hasque 9, 4000 Liège, tél. 041/23.39.83.

Médicament

Paris

2-3 décembre 1993

Colloque "L'enfant, sa famille et les médicaments".

Objectifs:

- explorer les mécanismes liés à l'usage des médicaments par les enfants et par les jeunes, et notamment les modalités de leur consommation intra-familiale. Que représente le médicament au sein des relations enfant-famille-médecin-pharmacien?;
- proposer des actions de communication qui visent à une meilleure information et à une implication active des familles dans le processus thérapeutique.

Renseignements: Institut de l'enfance et de la famille, Dr Frédéric Jesu, rue du Coq-Héron 3, F - 75001 Paris, tél. 40.39.90.03.

Assuétude

Reims

4 et 5 décembre 1993

XIIèmes journées de Reims sur le thème "Le choix du toxicomane". Le droit d'inscription de 850 FF couvre la participation aux séances plénières et aux carrefours, les déjeuners du samedi et du dimanche et les frais de dossier.

Renseignements: Centre d'Accueil et de Soins pour Toxicomanes (CAST), 27 rue Grandval, 51100 Reims.

Enfant

Charleroi

8 décembre 1993

Conférence "Et si l'enfant savait ce qui est bon pour lui? Etre un père, être une mère, être un enfant aujourd'hui",

par Xavier Renders. Organisée par Charleroi-Naissance ASBL.

Renseignements: Charleroi-Naissance, Karine Roisin, av. Général Michel 1b, 6000 Charleroi, tél. 071/33.02.29.

Cancer

Bruxelles

9, 10 et 11 décembre 1993

Congrès "Europe et cancer - bioéthique et qualité de vie".

Lieu: Centre culturel d'Auderghem.

Renseignements: CAM, Linda Lambin, bd de Waterloo 106, 1000 Bruxelles, tél. 02/538.03.27.

Santé mentale - troisième âge

Anvers

10-11 décembre 1993

Conférence européenne "Santé mentale et vieillissement", organisée par le Conseil régional européen de la FMSM et la Fédération des Centres de Santé Mentale (Flandre).

Renseignements: M. Walter De Keyzer, Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg, Charles de Kerckhovelaan 5, 9000 Gent, tél. 09/233.50.99, fax 09/233.35.89.

Assuétude

Bruxelles

15 au 18 décembre 1993

Congrès européen "Alcool, assuétudes et travail", organisé par le Centre L'Orée, centre d'accueil et de traitement des dépendances. Parmi les thèmes, citons:

- Stress au travail - causes, effets et prévention;
- Législations et réglementations sur l'alcool au travail en vigueur dans les pays de la Communauté Européenne;
- La prévention de l'alcool sur le lieu du travail, une perspective européenne;
- Stress et consommation médicamenteuse;
- Tabagisme et autres drogues.

Renseignements: Centre L'Orée, Cécile Delmarcelle, avenue Brugmann 146, 1060 Bruxelles, tél. 02/347.57.57, fax 02/343.02.39.

Formation

Paris

A partir de janvier 1994

L'association Santé et Communication organise différentes formations en

Qui fait quoi en éducation pour la santé?

Nous avons essayé de schématiser sous la forme d'un organigramme la structuration de l'éducation pour la santé dans la Communauté française.

Nous essayons d'y représenter essentiellement la circulation des informations, telle qu'elle est prévue dans les arrêtés concernant l'éducation pour la santé.

Ces informations peuvent évidemment être de natures très diverses, ainsi que nous allons le voir.

Sur le terrain

Les structures les plus importantes pour l'éducation pour la santé sont des organismes qui ne sont pas nécessairement spécialisés dans ce domaine, mais qui peuvent intégrer l'éducation pour la santé dans leur mission principale: ce sont évidemment les écoles, avec leurs centres IMS et PMS, mais aussi les professionnels de la santé (indépendants ou dans le cadre d'institutions spécialisées), les services sociaux, les organismes culturels, les clubs sportifs, les multiples mouvements associatifs et d'éducation permanente, les mutualités, etc.

Ces structures sont les mieux placées pour développer des messages éducatifs adaptés à une population avec laquelle ils sont en contact permanent. Ils connaissent ses besoins, au moins d'une façon empirique, par les demandes d'information qui leur sont adressées. Même en l'absence de programme structuré d'éducation pour la santé, sans subventions spécifiques, d'innombrables messages éducatifs sont distillés à longueur d'année par de nombreux intermédiaires qui intègrent bénévolement l'éducation pour la santé dans leur activité quotidienne, souvent même sans en être conscients.

Ce courant de fond représente une masse d'énergie considérable qui peut, à l'occasion, être mobilisée dans le cadre d'un programme plus structuré, entrepris à l'initiative d'un

de ces organismes de terrain au niveau local, ou dans le cadre plus large d'une action au niveau de la Communauté française de Belgique, voire de l'Europe.

Les programmes au niveau de l'ensemble de la Communauté française sont susceptibles d'être subventionnés.

Cela signifie-t-il que les actions locales ne peuvent pas être soutenues par la Communauté française? Pas du tout. Mais l'aide offerte aux organismes du terrain n'est pas nécessairement ni principalement financière.

En quoi consiste-t-elle alors?

Les structures de soutien

Pour tenter de l'expliquer, revenons aux besoins de la population. Les organismes de terrain en ont une connaissance pratique, vécue, concrète, immédiate, ce qui constitue un atout pour leur action. Mais cette connaissance risque aussi d'être subjective, partielle, limitée au public spécifique de l'organisme, influencée par des "porte-parole" qui ne sont pas toujours représentatifs. Il peut être utile de disposer de données plus objectives, de les comparer aux données relatives à d'autres régions, d'autres pays, de réunir l'ensemble des données disponibles pour la région. Ici, la bonne volonté ne suffit plus: l'éducateur de terrain doit pouvoir recourir à l'assistance de personnes spécialement formées pour l'aider dans ses recherches.

Cette assistance est organisée à deux niveaux.

Coordination locale

Le niveau le plus immédiat est celui de la coordination locale. Dix commissions de coordination sont réparties sur l'ensemble de la Communauté française. Une de leurs missions consiste à réunir les informations en provenance de la population locale, notamment concernant ses besoins. La commission locale constitue donc

un lieu où chacun peut confronter sa perception des besoins de la population avec des données plus systématiques.

Sur base de ces informations, chacun pourra mettre sur pied des programmes éducatifs mieux adaptés, définir des objectifs précis, préparer le matériel éducatif le plus adéquat.

Mais ici encore, la bonne volonté suffit rarement pour résoudre tous les problèmes: où trouver la documentation nécessaire? Existe-t-il des méthodes qui ont fait leurs preuves, du matériel pédagogique de qualité, des programmes audiovisuels? Où trouver des partenaires pour entreprendre une action plus large? La Commission Locale de Coordination est là pour accueillir toutes ces demandes et chercher avec vous les solutions les plus adéquates.

Soutien logistique

Bien sûr vous n'y trouverez pas réponse à tout. Mais, si nécessaire, et notamment pour des programmes d'une certaine envergure, on vous orientera vers un des 18 "services aux éducateurs" agréés par la Communauté française.

Chacun de ces services est spécialisé dans un domaine particulier. Les uns sont chargés d'une mission qu'on pourrait qualifier de logistique: banque de données, documentation, méthodes et évaluation, information aux relais, communication audio-visuelle, mass média, groupes d'entraide. D'autres sont spécialisés dans une problématique particulière: alimentation, accidents domestiques, tabac, alcool, drogue, handicap, médicaments, stress. D'autres encore coordonnent et soutiennent les actions adressées à un public particulier: petite enfance, femmes, jeunes, immigrants, patients.

Vous pouvez obtenir une brochure d'informations pratiques sur chacun de ces services au Centre de Coordination Communautaire, rue de la concorde 56, 1050 Bruxelles.

Les trois échelons

Résumons-nous: le premier échelon de l'éducation pour la santé se situe évidemment au niveau des *organismes de terrain*, généralement non spécialisés en éducation pour la santé, mais qui pratiquent ce qu'on pourrait appeler une "éducation pour la santé intégrée et permanente".

Pour ses besoins quotidiens d'information, d'aide méthodologique ou autre, le premier échelon est invité à s'adresser à la *Commission Locale de Coordination*, qui constitue le second échelon. Les commissions locales restent cependant des "généralistes" de l'éducation pour la santé.

Pour des problèmes plus techniques, on peut avoir recours aux **services aux éducateurs**, compétents chacun pour un domaine particulier, mais au niveau de l'ensemble de la Communauté française. C'est le troisième échelon (non hiérarchique, rappels-le).

Enfin, pour garantir la cohérence de cette mosaïque, il y a une plaque tournante, le *Centre de Coordination Communautaire*. Il centralise les informations en provenance des Commissions locales et des Services aux éducateurs pour les mettre à la disposition de tous. Il est donc à même d'orienter vers le service adéquat ceux qui ne savent pas à quelle porte ils devraient sonner.

Le financement

Cette construction est bien jolie, mais cela doit coûter cher, direz-vous. Reste-t-il quelque chose pour encourager financièrement les actions sur le terrain?

En fait, l'option prise par la Communauté française est de considérer que les activités "habituelles" d'éducation pour la santé ne doivent pas dépendre d'un financement particulier. L'instituteur doit intégrer l'éducation pour la santé dans la vie de sa classe sans disposer d'un budget spécial. L'éducation du patient doit entrer petit à petit dans la pratique normale des médecins, infirmières et autres soignants sans qu'ils soient

payés différemment. Bien entendu, il faut qu'ils puissent disposer des moyens pédagogiques, de la formation permanente, du soutien méthodologique indispensables. Tout cela doit pouvoir être mis à leur disposition par les services d'éducation pour la santé agréés par la Ministre de la Communauté française.

En principe, les subventions sont donc plutôt réservées à des *projets originaux*, c'est-à-dire à des actions qui débordent le cadre de l'activité habituelle d'un organisme soit par leur caractère expérimental, soit parce qu'ils répondent à un besoin particulier. Ces programmes susceptibles d'être subventionnés doivent "être mis sur pied au profit de l'ensemble ou d'une partie de la population de la Communauté française" (article 20 de l'arrêté de l'Exécutif du 8/11/88).

Deuxième condition pour être subventionné, un programme doit répondre à un besoin majeur et s'inscrire dans les *priorités définies par la Ministre*.

Suivant la formule consacrée, la Ministre peut octroyer des subventions "dans la limite des crédits disponibles". Ce qui sous-entend qu'il risque bien de ne pas y en avoir pour tout le monde et que la Ministre doit faire des choix. Nous vous renvoyons à ce propos aux articles "Bilan des programmes subventionnés" et "Du beurre dans les épinards" de ce numéro.

Le rôle de l'Administration

Les décisions d'un Ministre sont normalement préparées, puis exécutées par son administration. Dans le cas qui nous occupe, l'Administration, dès réception d'une demande de subvention, étudie le dossier, vérifie si les conditions réglementaires sont bien observées et prépare une proposition de décision pour la Ministre. Outre les aspects réglementaires, l'Administration peut évidemment baser sa proposition sur le fond, à savoir sur l'intérêt et l'utilité du programme, sa faisabilité, son efficacité potentielle.

L'avis de la Cellule Permanente

Mais porter ce jugement sur le fond - sans pouvoir de décision - constitue la mission spécifique d'une commission ad hoc: la Cellule Permanente Education pour la Santé. Celle-ci est constituée principalement de personnes choisies au sein d'organismes actifs en éducation pour la santé (agréés ou non). Ses membres assistent la Ministre dans la définition d'une politique cohérente, et lui fournissent une série d'éléments d'appréciation sur les demandes de subvention.

La Cellule a réalisé avec l'APES et Education Santé une brochure "Guide pour les demandes de subvention" en trois parties. La première donne la marche à suivre pour obtenir le financement d'un programme; la deuxième rappelle la réglementation en la matière; la troisième présente une version abrégée de l'A.P.P.R.E.T., une méthode pour construire des programmes d'éducation pour la santé. Ce document est disponible au Ministère de la Communauté française, Direction Générale de la Santé, Service des Oeuvres Médico-sociales, Bd Léopold II 44, 1080 Bruxelles.

La décision de la Ministre

Sur base de la proposition de l'Administration et de l'avis de la Cellule, la Ministre prendra une décision qui sera communiquée aux intéressés. Ce processus de décision peut prendre plusieurs mois. L'Administration traduira ensuite la décision en une convention qui sera signée entre la Ministre et l'organisme subsidié.

Dans cette présentation, nous avons délibérément choisi de partir du terrain, des besoins de la population et de ceux qui en sont les plus proches. Par l'intermédiaire des services agréés (Commissions Locales de Coordination et Services aux éducateurs), ces informations peuvent être centralisées au niveau du Centre de Coordination Communautaire pour être transmises à la Ministre. Elles constituent la ma-

DEVOS H., VAN DENDER K., PACOLET J., *La richesse de la vieillesse: la situation socio-économique des personnes âgées en Belgique: état actuel et prospective*, HOGER INSTITUUT VOOR DE ARBEID, Ed. Fondation Roi Baudouin, Bruxelles, 1991, 185 p. (localisation: RESO II.07.00.13).

Les personnes âgées sont trop souvent encore appréhendées comme un groupe homogène alors que les différences à l'intérieur même de ce groupe sont importantes tant en ce qui concerne les revenus ou le patrimoine, que l'état de santé, les conditions de logement, les capacités et l'indépendance. En toile de fond, il y a bien sûr les questions du financement du système de pension et de l'augmentation des dépenses de soins de santé dans le cadre desquelles il est essentiel de se faire une image aussi objective et nuancée que possible de la situation socio-économique des personnes âgées. Ce livre est le résultat de ce travail. Cette étude est malheureusement à nouveau déformée par le manque crucial d'informations statistiques récentes pertinentes dans notre pays. Malgré tout, cet ouvrage offre de précieuses informations en termes de données, d'analyses et de comparaisons sur la consommation, l'épargne et le patrimoine des personnes âgées dans notre société.

GOMMERS A., VAN DEN BOSCH DE AGUILAR Ph., *Pour une vieillesse autonome. Vieillesse: dynamismes et potentialités*, CENTRE DE RECHERCHES INTERDISCIPLINAIRES SUR LE VIEILLISSEMENT (CRIV), Ed. Pierre Mardaga, Col. Psychologie et sciences humaines, Liège, 1992, 276 p. (localisation: RESO II.07.00.12).

La population humaine vieillit. Au cours du siècle prochain, l'espérance de vie moyenne passera de 74 à 81 ans et, dans les pays développés, il y aura autant de personnes de plus de 65 ans que de jeunes de moins de 14 ans. Cette nouvelle répartition des tranches d'âges dans la population

modifiera profondément l'équilibre de la société, qui devra créer et mettre en place les structures propres à éviter les clivages entre générations. Face à cette évolution, les réactions sont diverses. Le vieillissement est ignoré, il surprend ou il inquiète. Phénomène pourtant prévisible, notre société ayant hérité des bénéfices de ses performances, le vieillissement n'est souvent perçu que dans ses aspects négatifs de dégradations physiques et de charges sociales. Comme toute période de la vie, il possède cependant ses valeurs propres, son dynamisme et ses potentialités. Réalisé par un groupe de travail multidisciplinaire, c'est dans cette perspective que s'inscrit cet ouvrage qui, du substrat organique à l'insertion sociale, vise à cerner les facteurs favorables à l'épanouissement des potentialités de l'âge, tant sur le plan personnel que social. Vieillesse commence par vie, elle en est la continuation et non l'achèvement.

HETU J.L., *Psychologie du vieillissement*, Ed. Méridien, Québec, 1992, 17 p. (localisation: RESO II.07.00.19).

Réussir son vieillissement est une performance que l'on peut améliorer. Encore faut-il considérer les facteurs psychologiques en cause. C'est l'objet du présent ouvrage qui s'adresse à deux types de public. D'abord les intervenants désireux de s'initier à ce que la théorie et la recherche récentes en psychologie ont à nous dire sur les différentes facettes du vieillissement normal. Ensuite, tous ceux qui veulent entreprendre leur propre parcours du vieillissement avec la meilleure conscience possible des enjeux en présence.

PAGEOT J.C., *Vieillesse société et démence*, Ed. Editions du Méridien, Montréal, 1989, 189 p. (localisation: RESO II.07.00.06).

Le développement récent de la gériatrie s'est accompagné de l'émergence de différents services diagnos-

tiques et thérapeutiques destinés à améliorer les soins prodigués aux personnes âgées. Bien que ces services aient eu des effets bénéfiques indirects sur les soins prodigués aux résidents des établissements d'hébergement, peu d'attention a été portée sur cette clientèle spécifique. Comme la maladie d'Alzheimer, ainsi que d'autres formes de démence, atteignent plus souvent les gens du groupe gériatrique, plus particulièrement ceux de 85 ans et plus, on peut voir, d'après les prédictions pour le tournant du siècle, que la démence sera le problème n°1 des services de santé publique. La maladie d'Alzheimer est la quatrième cause de décès en Amérique du Nord.

VEYSSET B. et DEREMBLE J.P., *Dépendance et vieillissement*, UNIVERSITE PARIS XII, Ed. L'Harmattan, Col. Logiques sociales, Paris, 1989, 171 p. (localisation: RESO II.07.00.15).

De plus en plus nombreuses, les personnes du grand âge posent à notre société pragmatique des problèmes difficiles de compréhension et d'insertion. Elles sont à la fois pesantes et présentes mais absentes malgré tout parce que marginalisées, hors des circuits de production et de consommation. Au fur et à mesure qu'elles se chargent d'années en plus, on les définit négativement par le moins de l'usure. L'auteur montre de quelle façon les personnes âgées entrent en dépendance, terme dont elles récusent avec force et justesse la connotation trop souvent médicale et unilatérale. Toute la dialectique du vieillissement réside dans l'articulation accumulation/exclusion, dépendance/séparation, gain/pertes, continuité mémorisée/rupture. Mais le terme le plus opportun pourrait bien être celui d'échange.

Maria-Antonia Bertrand-Baschwitz, UCL-RESODOC, Yvette Gossiaux, RESODOC-SOCSAN, Cécile Mahoux, PROMES-SOCSAN. ■

adulte n'est pas une période lisse, sans crise ni surprise.

Dans cet ouvrage, reconnu comme un classique, l'auteur étudie de manière systématique et pour eux-mêmes les problèmes de la personnalité adulte. Elle reconnaît à celle-ci un devenir original, qui tient à la façon dont chacun, homme ou femme, assume ses rôles vitaux. L'auteur explore particulièrement trois domaines importants: le mariage, la famille, le travail.

OSTERRIETH P., *Faire des adultes*, UNIVERSITE LIBRE DE BRUXELLES (ULB), Ed. Pierre Mardaga, Col. Psychologie et sciences humaines, Bruxelles/Liège, 1992, 191 p. (localisation: RESO BF.03.01.01).

Qu'apporte à l'éducation la psychologie scientifique moderne? L'auteur analyse une série de thèmes fondamentaux sur lesquels tout éducateur se doit de méditer. Sur le but de l'éducation, sur l'importance des relations affectives, sur la motivation, la formation morale, les sanctions et les récompenses, le développement de la personne, la mémoire, l'intelligence et maints autres problèmes trop souvent simplifiés ou faussés, il nous livre des points de vue fondés sur les données d'une science encore jeune, mais meilleur guide, sans doute, que les idéologies, les modes et les préjugés. Tous ceux qui ont pour mission de faire des enfants les adultes de demain, parents, enseignants, éducateurs, psychologues, trouveront dans cet ouvrage un enrichissement qui les rendra plus aptes à leur tâche.

VAN RILLAER J., *La gestion de soi*, Ed. Pierre Mardaga, Col. Psychologie et sciences humaines, Liège, 1992, 367 p. (localisation: RESO BF.03.05.00.05).

Notre bonheur et notre contribution à celui des autres dépendent, pour une large part, de notre habilité à gérer efficacement notre façon de penser, d'éprouver et d'agir. Cette habilité n'est pas une entité mystérieuse, que certaines personnes possèdent et que d'autres cherchent en vain. Elle résulte d'un ensemble de comportements que chacun peut apprendre et développer. Pour apprendre à bien se gé-

rer, il n'est pas nécessaire de faire de longues études de psychologie, mais il est très utile de comprendre certains processus psychologiques.

L'ouvrage fait le point sur les connaissances qui facilitent la modification d'habitudes néfastes, la régulation d'impulsions dangereuses, la confrontation avec des situations stressantes, le développement d'activités épanouissantes. Il fournit un cadre théorique qui permet d'articuler, de façon claire et cohérente, les diverses façons d'agir sur soi-même.

La vieillesse

BARRERE H., *La relation psychosociale avec les personnes âgées*, Ed. Privat, Toulouse, 1993, 171 p. (localisation: RESO II.07.00.16).

Rares sont actuellement les ouvrages de synthèse considérant la personne âgée comme individu à part entière. Sans doute existe-t-il des livres explorant les dimensions médico-sociales de la gérontologie mais la personne âgée y est souvent uniquement considérée en terme de quantité de soins à assurer en fonction de ses handicaps. En offrant un état des lieux rigoureux des différentes pratiques de soins et de prise en charge sociale des personnes âgées, l'ouvrage veut combler ce manque ressenti par l'ensemble des professionnels de ce secteur. La personne âgée s'y trouve constamment placée au centre des diverses approches.

Des chapitres de synthèse sont consacrés aux aspects biologiques et psychologiques, à la réanimation cognitive, aux techniques d'accompagnement de fin de vie et de développement personnel ainsi qu'aux aspects sociaux de l'assistance. Ils permettent au professionnel d'avoir une vue d'ensemble du champ gérontologique et de placer la relation au coeur de sa pratique de soins.

BREDA JEHL C., *Autonomie des personnes âgées*, UNIVERSITE DE NANCY, Ed. Presses universitaires de Nancy, Col. Espace social, Nancy, 1989, 139 p. (localisation: RESO II.07.00.17).

Par la synthèse de nombreuses enquêtes en France, l'auteur nous brosse un tableau d'ensemble du secteur sanitaire chargé des personnes âgées dépendantes. Ces études laissent apparaître une image un peu sombre des longs séjours, qui semblent les parents pauvres des services gériatriques médicalisés tant en moyens qu'en personnel qualifié. Ce constat nous est présenté au travers d'une étude comparative de dix échelles d'autonomie et d'une analyse de leur démarche et de leurs résultats, tout en précisant l'intérêt, la portée et la limite de ces outils. Cet ouvrage intéressera aussi bien le personnel médical et soignant, pour la construction de grilles de dépendance et le suivi des personnes âgées, que le responsable d'établissement ou de planification toujours à la recherche d'indicateurs homogènes et pertinents.

BOURDELAIS P., *Le nouvel âge de la vieillesse: histoire du vieillissement de la population*, Ed. Odile Jacob, Col. Histoire, Paris, 1993, 441 p. (localisation: RESO II.07.00.18).

Les plus de soixante ans représentent aujourd'hui une part importante de la population. Est-ce à dire pour autant que notre société "vieillisse"? Rien de moins sûr. Car les statistiques cachent un phénomène sans doute bien plus riche de conséquences: le sexagénaire des années 1990 ne ressemble guère à celui de jadis. Son espérance de vie s'est accrue, sa place dans la succession des générations est devenue centrale. L'histoire démographique depuis le XVII^e siècle révèle à quel point des notions comme celles de "personnes âgées" et surtout "vieillesse" voilent la réalité. Inventées par les natalistes du début du siècle, elles n'ont pas de pertinence scientifique. L'auteur est directeur de recherche au CNRS, et sa contribution à ce débat historique et social se situe dans le changement de nos pensées et de nos modes de vie. Trois parties sont développées dans cet ouvrage: du vieillard au vieillissement (image du vieillard, notion du vieillissement à travers l'histoire), la population française, quel vieillissement? et l'empreinte du vieillissement sur la société (conséquences économiques, gériatrie, perception de la vieillesse).

tière première qu'utilisera la Cellule pour proposer à la Ministre des axes prioritaires d'action. Ces priorités une fois arrêtées, et éventuellement traduites en recommandations opérationnelles par la Cellule, peuvent em-

prunter le même canal en sens inverse, en direction des organismes proches du terrain, avec l'espoir de contribuer à une plus grande cohérence et à une meilleure complémentarité des divers intervenants...

Nous espérons que cette présentation vous aidera à mieux comprendre le rôle de chacune des structures et à y recourir avec une efficacité optimale. Vous la trouverez en page 48, au dos de la couverture. ■

Bilan des programmes subventionnés

Préalable

Comme vous le savez, la réglementation en éducation pour la santé prévoit la possibilité de financer des programmes d'action ou de recherche, dans la limite des moyens disponibles. Il nous a paru intéressant de reprendre la liste des projets ayant bénéficié des (petites ou grandes) largesses de la Communauté française de Belgique depuis 5 ans. Plus précisément, notre travail a porté sur la période 1989-1992, les données relatives à l'année en cours n'étant évidemment pas encore connues.

On peut se poser beaucoup de questions quant à l'affectation des ressources de la collectivité, quel que soit le domaine d'activité. En partant des dossiers acceptés et subventionnés pour des programmes d'actions ou de recherche, on peut retirer certains éléments de réponses relativement objectifs.

Nous disons "certains éléments de réponses relativement objectifs" pour plusieurs raisons. Un mot d'explication sur notre méthode de travail vous permettra de mieux comprendre le caractère relatif de ce que vous lirez plus loin.

Primo, rappelons qu'il s'agit de programmes subventionnés. Une analyse des demandes de subsides serait sûrement passionnante, dégagerait peut-être des tendances différentes, par exemple sur des thèmes moins "à la mode" ou à la lisière de l'éducation pour la santé, et qui seraient systématiquement écartés. Nous n'avons pas eu le temps de nous y livrer dans la préparation de cet article.

Secundo, nous n'avons pas voulu nous limiter au seul article budgétaire "éducation pour la santé". Nous avons tenu compte, dans la mesure du possible, d'initiatives du domaine de la prévention qui peuvent être considérées comme étant de la promotion de la santé. Cela modifie considérablement les résultats, inutile de vous le préciser. Il y a des "parents pauvres" et d'autres qui le sont beaucoup moins.

Tertio, il n'était pas possible de nous livrer à une analyse fine des 189 programmes que nous avons répertoriés. Nous avons dû résumer chacun d'entre eux en quelques mots-clés. C'était parfois simple, parfois compliqué. Il nous a fallu trois réunions de travail pour nous mettre d'accord...

Quarto, le dossier d'un projet nous informe sur la nature du programme, mais pas sur sa réalisation ni sur ses résultats. Le subside a-t-il bien été utilisé? L'action a-t-elle porté ses fruits? D'autres sources d'information sont nécessaires: rapports, évaluations,...

Les résultats

Pour chaque programme, nous avons retenu les données suivantes: nom, année de subventionnement, statut de l'organisme demandeur (agrée ou non-agrée), origine géographique de la demande, zone d'extension du programme (commune, province, Communauté française), thème, public, milieu (défavorisé, familial, local, sanitaire, scolaire, travail), stratégie du programme (mobilisation, communica-

tion, recherche, formation, stratégie mixte), et, last but not least, budget.

Ces données ont été saisies en dbase, et traitées avec Epiinfo.

Quelques bonnes questions

Quels sont les thèmes prioritaires?

Vrai ou faux: la prévention du sida ne reçoit pas les moyens qu'elle mérite

Thème	Budget
sida	36%
alcool - drogue	13%
mixte (plusieurs thèmes)	10%
accidents domestiques	9%
alimentation	7%
problèmes de santé (pathologies)	4,5%
vaccination	4,5%
périnatalité	3%
santé mentale	2,5%
tabac	2,5%
hygiène de vie (hygiène, sommeil, loisirs)	2%
médicament	1,5%
entraide	0,5%
autres thèmes	4%
total	100%

Tableau 1 - Affectation de parts du budget global (un peu plus de 300 millions pour la période 89-92) à différentes thématiques

Deux vedettes incontestées: le sida (24% des projets, 36% des budgets) et les toxicomanies (19% des projets, 13% des budgets). Et encore, pour le sida, nous n'avons pris en considération que la période précédant la création de l'Agence Prévention Sida...

A retenir aussi, les programmes pluri-thématiques arrivent en troisième position (12% des projets, 10% des budgets). Cela concerne notamment le cancer et les projets cardio-vasculaires, qui abordent souvent plusieurs sujets (tabagisme, alimentation,...).

Qui obtient des subsides?

Vrai ou faux: les services agréés mobilisent une grande partie des moyens. En plus de cela, ils monopolisent les subsides pour des programmes ponctuels.

On ne prête qu'aux riches... En réalité, 80% des programmes subsidiés émanent d'organismes non-agrérés, et ils ont reçu 75% des budgets. Nous avons même assimilé les projets présentés à la fois par des organismes agréés et non-agrérés (par exemple R.A.S. sur les accidents domestiques) à des projets d'organismes agréés. Cela ne change rien à la question.

Vrai ou faux: avec trois ministres bruxellois sur les quatre excellences qui se sont succédé depuis 1988, tous les projets sont bruxellois.

Origine	Nombre de projets
Brabant	7
Bruxelles	126
Hainaut - Charleroi	12
Hainaut - La Louvière	6
Hainaut - Tournai	5
Liège - Huy - Waremme	7
Liège - Liège	17
Liège - Verviers	0
Luxembourg	4
Namur	5
Total	189

Tableau 2 - Origine des demandes, en fonction du découpage de la Communauté française selon les Commissions Locales de Coordination

Deux tiers des projets sont lancés par des organismes ayant leur siège social à Bruxelles. Mais cela ne signifie pas pour autant qu'il s'agit de programmes bruxellois au sens strict du terme, comme le montre la réponse à la question suivante.

Les programmes ont-ils une vocation plutôt locale ou communautaire?

Deux tiers des projets ont une vocation communautaire, 15% une extension locale, et 19% s'étendent sur tout ou partie d'une province. En termes budgétaires, la tendance est encore plus nette: 79% des budgets concernent des programmes destinés à l'ensemble de la Communauté française. Etant donné l'origine des moyens, c'est plutôt normal.

Les 28 projets locaux mobilisent 10% des budgets. Il y en a 12 bruxellois, dont un important de la commune de St Gilles, et 5 de Huy-Waremme.

Les milieux défavorisés sont-ils "favorisés" du point de vue des subsides?

Malheureusement non. Sept projets, pour un montant de 12 millions (4% de l'ensemble), cela ne pèse pas lourd. A noter que l'entreprise (2,5% des budgets), où tant de projets pourraient se développer, est aussi un parent pauvre.

Combien coûte un programme à la Communauté?

Nous avons retenu 3 catégories:

moins de 500.000 FB	29%
entre 500.000 FB et 2.000.000 FB	41,5%
plus de 2.000.000 FB	29,5%

Sachez pour la petite histoire que le financement le plus modeste est de 30.000 FB (Infor Jeunes Waterloo - drogue), et le plus important de 10.500.000 FB (RAS - accident domestique).

Quels sont les publics visés?

Vrai ou faux: on en fait un peu trop pour les personnes âgées, est-ce bien "rentable"?

Pas de surprises bouleversantes de ce point de vue: 26% des programmes visent le "grand public" et 21% des programmes sont destinés aux jeunes en âge scolaire. Nous n'avons trouvé que 3 projets sur 189 concernant les personnes âgées. A méditer après la lecture de l'article de Xavier Leroy dans notre livraison précédente...

Quels sont les résultats réels en termes de promotion de la santé, sommes-nous mieux "éduqués à la santé" qu'il y a 5 ans?

Nous n'apporterons bien évidemment pas de réponse à cette interrogation fondamentale. Ce qu'on peut relever, c'est la prédominance de stratégies essentiellement communicationnelles, alors que la littérature a tendance à recommander des stratégies mixtes. Un effort d'élaboration des projets est sans doute à faire.

Tableau 3 - les stratégies

Stratégie	Nombre de projets	Budget
Mobilisation (1)	38	14%
Communication	75	39%
Recherche	16	8%
Mixte	33	26%
Autre (souvent formation)	27	13%
Total	189	100%

(1) Ce terme souligne la volonté des promoteurs d'impliquer concrètement la population visée au développement du projet. Nous l'avons préféré à "développement communautaire", qui répond à des exigences plus sévères.

On remarquera que les programmes de recherche sont les parents pauvres. Il est vrai qu'une campagne médiatique est par définition plus visible (et peut-être plus rentable en terme d'image à court terme) qu'une étude qui fait progresser les connaissances dans un domaine.

FERRON C. et LAURENT BEQ A., Parler du SIDA avec les adolescents "une histoire d'amour": guide pédagogique à l'usage des professionnels, COMITE FRANCAIS D'EDUCATION POUR LA SANTE (CFES), Ed. CFES, Col. La santé en action: guide méthodologique et pratique en éducation pour la santé, Paris, décembre 1992, 150 p. (localisation: RESO).

Ce guide ne prétend pas mettre en place un modèle d'intervention unique, pas plus qu'une suite de recettes applicables de façon mécanique à toutes les populations d'adolescents. En réalité, l'objectif de ce travail est bien plus de proposer aux professionnels de la santé et de l'éducation concernés par ce problème un ensemble de suggestions à méditer, de pistes à explorer, de réflexions à élaborer, de questions à soulever, avant de s'engager dans une action de prévention sida. La gravité des thèmes forcément liés à l'évocation de cette maladie (mort, sexualité, tolérance, morale, tabous, transgression d'interdits, etc.) doit attirer l'attention sur le fait qu'une action d'information ou de prévention dans ce domaine ne devrait pas être menée de façon anodine ou banalisée, a fortiori, auprès d'un public d'adolescents.

Les trois principales parties du guide ont été élaborées de manière à faciliter une consultation indépendante de chacune d'entre elles. Par conséquent, à chaque étape de la réalisation d'une action, correspond un chapitre particulier, ce qui permet au lecteur de s'y référer en fonction de ses propres interrogations et besoins. Ce document ne comprend pas de données générales (épidémiologiques, médicales, biologiques) sur le sida; de même, les aspects médicaux, psychologiques, ou sociologiques de l'adolescence ne font pas l'objet d'un chapitre particulier (à part les données bibliographiques).

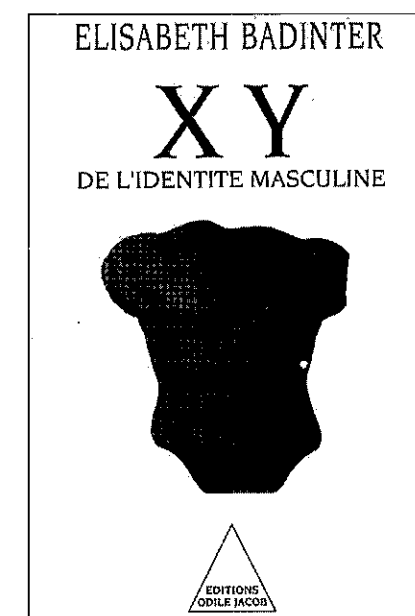
LEHALLE H., Psychologie des adolescents, Ed. P.U.F., Col. Le psychologue, Paris, 1991, 240 p. (localisation: RESO I.05.02.05.04).

On parle beaucoup de la jeunesse, des jeunes, des "problèmes" de l'adolescence, etc. Ces discours ne manquent pas d'intérêt mais sont souvent

stéréotypés et quelque peu idéologiques. Or il existe depuis longtemps des recherches psychologiques qui tentent de rendre plus objectives les réflexions sur la psychologie des adolescents. Le but de cet ouvrage est de présenter l'état actuel de ces connaissances. L'optique est à la fois génétique (accent sur le développement et les transformations psychologiques qui lui sont liées) et différentielle (accent sur la variabilité des situations individuelles) et l'on s'appuie aussi bien sur des données d'observation (en particulier cliniques) que sur des expériences psychologiques. Divers domaines sont abordés: vécu affectif, image de soi, développement cognitif, interactions dans les groupes de camarades ou dans le groupe familial, socialisation,.... Des synthèses théoriques sont également proposées en se référant aux interprétations psychanalytiques, sociales et cognitives. Cet ouvrage est destiné non seulement aux psychologues, mais également aux enseignants, aux travailleurs sociaux et, plus généralement, à toute personne ayant à intervenir auprès d'adolescents.

L'âge adulte

BADINTER E., XY de l'identité masculine, Ed. Odile Jacob, Paris, 1992, 315 p. (localisation: RESO I.05.04.00.01).



Longtemps, la masculinité a semblé aller de soi. Chaque homme devait ressembler à l'idéal viril qui dominait

toute la culture. L'identité sexuelle paraissait inscrite dans la nature. Ces trois dernières décennies, les femmes ont fait voler en éclat ces évidences. Les limites du masculin et du féminin sont devenues floues. Et chaque homme, désormais, de s'interroger sur son identité profonde. L'homme mutilé, tiraillé entre des images contradictoires, l'homme toujours sommé de refouler une part essentielle de lui-même est en train de mourir. L'auteur trace ici les contours, encore incertains, du nouvel homme que notre siècle est en train d'inventer. Prélude à une forme inédite d'harmonie des sexes.

FATRAS J.Y., GOUIDET B., RMI et santé: guide pédagogique à l'usage des professionnels, COMITE FRANCAIS D'EDUCATION POUR LA SANTE (CFES), Ed. CFES, Col. La santé en action: guide méthodologique et pratique en éducation pour la santé, Paris, mai 1993, 320 p. (localisation: RESO).

La loi sur le Revenu Minimum d'Insertion (RMI), votée en décembre 1988 et confirmée dans ses principales orientations en juillet 1992, est venue compléter le système de protection français. Elle s'inscrit dans la continuité d'une législation qui vise à protéger les populations les plus fragiles: personnes âgées, handicapés, parents isolés, chômeurs. Elle a un caractère subsidiaire, puisque le RMI n'est mis en jeu qu'à défaut de pouvoir ouvrir d'autres droits, le plus souvent plus avantageux. L'objet de ce guide est d'aider les acteurs de la santé à se retrouver dans cette question difficile, et à leur permettre de mieux orienter leur action.

PERLMAN H.H., L'adulte et ses rôles, Ed. Bayard, Col. Travail social, Chicago, Londres, Paris, 1993, 282 p. (localisation: RESO I.05.05.00).

Au cours de leur formation, les travailleurs sociaux, les éducateurs apprennent beaucoup sur la psychologie de l'enfant, son développement, la crise de l'adolescence, la socialisation des jeunes, etc. Pourtant, c'est le plus souvent avec les adultes que les travailleurs sociaux ont affaire. Or, l'âge

attaquant la société; le second est plus réaliste et plus narcissique, mais a la subjectivité malade dont les troubles principaux sont des séquences dépressives, l'anorexie, la boulimie et la toxicomanie. Ce qui était latent dans la génération précédente est devenu maintenant manifeste. On entre de plus en plus tôt dans l'adolescence et on en sort de plus en plus tard. Les changements de conditions de vie ont favorisé l'allongement de l'adolescence. Les délais d'insertion sociale et de maturité psychique sont devenus plus longs. La précocité juvénile n'est pas un signe ni un gage de maturité. Dans cet ouvrage, le processus de l'adolescence est examiné autour de la puberté, de l'adolescence et de la postadolescence de 12 à 30 ans. Chaque étape de cette période a des tâches psychiques à traiter. Elles sont présentées dans cette étude qui aidera les praticiens et les éducateurs à mieux comprendre les structures psychologiques des jeunes d'aujourd'hui et les mécanismes individuels et sociaux qui favorisent ou empêchent leur développement et leur maturité.

BRACONNIER A., CHOQUET M., HOULLEMARE L., HUERRE P., JACQUET Y., JAYLE D., JEAMMET P., MIN-GASSON L., NISAK C. et TURSZ A., *Adolescences*, FONDATION DE FRANCE, Ed. Fondation de France/AGF Assurances, Col. Repères, Paris, mai 1993, 152 p. (localisation: RESO)

L'adolescence se prête à différents regards selon l'angle que l'on privilégie: l'âge, le sexe, le milieu socio-économique, l'origine géographique. Toutefois, deux caractéristiques semblent communes à ces approches variées: d'une part l'adolescence est une période particulière propice au changement; d'autre part existe le risque de voir se figer des conduites négatives qui altèrent ou empêchent le développement des potentialités du sujet. Il n'est pas question dans cet ouvrage de donner aux parents et aux éducateurs des "recettes" éducatives, mais de montrer les lignes directrices de ce qui se joue pour l'adolescent. Sur la base de regards portés par des médecins praticiens, confortés par une approche épidémiologique, les grandes lignes de force communes à cette époque de la vie ont été mises

en exergue. L'ouvrage a été construit autour des thèmes suivants: les transformations, les besoins, les confrontations, les générations, les troubles, les amours, la communication, les maladies, les espaces ou acteurs de santé.

CLAES M., *L'expérience adolescente*, Ed. Pierre Mardaga, Col. Psychologie et sciences humaines, Liège, 1991, 208 p. (localisation: RESO I.05.02.00.04).

L'adolescence telle que nous la connaissons aujourd'hui est une réalité historique relativement récente qui apparaît au milieu du 19^{ème} siècle, lorsque le contrôle de la famille sur les enfants s'est étendu graduellement jusqu'au mariage. L'expérience adolescente est née à cette époque: un espace de vie important qui recouvre pratiquement toute la décennie située entre 11 et 20 ans découpe désormais le cycle de la vie et impose une série de "tâches développementales" qui assureront l'accès au statut d'adulte. Car l'adolescence est une période essentiellement placée sous le signe du développement et toutes les zones de la vie biologique, sexuelle, cognitive et sociale vont subir successivement des modifications majeures à cette époque. Les perspectives historiques et anthropologiques inaugurent cet ouvrage et encadrent les chapitres suivants qui rapportent les données de recherche sur le développement pubertaire et la sexualité à l'adolescence, le développement cognitif, l'évolution de la vie sociale et la construction de l'identité. Cet ouvrage fait le point sur les connaissances actuelles dans le domaine de la psychologie de l'adolescence en s'alimentant aux recherches empiriques récentes réalisées tant en Amérique du Nord qu'en Europe. L'ouvrage s'adresse aux multiples personnes qui côtoient les adolescents - parents et éducateurs - ainsi qu'aux professionnels appelés à intervenir auprès des adolescents: médecins, psychologues... etc; mais l'ouvrage alimentera également tous ceux qui s'interrogent sur la portée et le sens de l'expérience adolescente aujourd'hui.

DOLTO F. et DOLTO TOLITCH C., *Roles pour adolescents ou le com-*

plexe du homard, Ed. Hatier, Paris, 1989, 158 p. (localisation: RESO I.05.02.00.03).

Des adolescents, l'auteur disait qu'ils sont comme le homard pendant la mue, sans carapace, confronté à tous les dangers et à la nécessité d'en "suivre" une autre. Pour les aider à accomplir cette métamorphose qui est une seconde naissance, l'auteur et sa fille ont écrit ce livre. Il s'adresse d'abord aux adolescents (les homards) mais il est à mettre entre toutes les mains, à laisser traîner dans la maison pour que les enfants, les parents, tous les jeunes et tous les adultes le lisent avec profit. Il donne des idées pour sortir des situations difficiles, parle des choses trop souvent tuées ou mal abordées dans la vie de tous les jours: l'amitié, l'amour, la sexualité, la violence, la drogue, la honte, les parents et les adultes. Il signale les pièges et donne des forces pour faire des choix, pour prendre des risques qui amènent à être responsable et autonome. Il aide aussi les parents à se détacher de leurs enfants avec moins de souffrance et plus de respect.

FARID H., *Adolescents, parents, communication couples: comment mieux comprendre*, Ed. Agence d'Arc Inc., Montréal, 1988, 160 p. (localisation: RESO BF.03.05.00.02).

L'auteur traite, dans la première partie, différents thèmes comme: l'adolescent et son corps, l'école, les drogues, la fugue, le suicide, la sexualité,... pour inciter les éducatrices, les éducateurs et plus spécialement les parents à mieux comprendre ce qui se passe chez leur adolescent(e). Les six premiers chapitres sont suivis d'un questionnaire où les adolescents ont exprimé leurs sentiments et leurs réflexions. Dans la seconde partie, l'auteur s'adresse plus particulièrement aux couples pour approfondir leurs connaissances sur la communication authentique et harmonieuse. Le dernier chapitre a été élaboré dans le but de faire réfléchir les parents, les couples, au phénomène "séparation et divorce" qui s'amplifie de plus en plus tout en montrant comment enfants et adolescents vivent ce changement pénible qui leur a été imposé.

Abordons-nous la prévention du sida de la même façon que la prévention des assuétudes ou la promotion d'une alimentation saine?

Nous pouvons vous dire partiellement comment nous procédons en Communauté française. Espérons que les spécialistes de ces secteurs et les décideurs le savent aussi!

Comme vous pouvez le lire, il semble bien se dégager des "façons de faire" différentes selon les problèmes de santé abordés:

- pour le sida, une approche de communication orientée vers le grand public ou des publics spécifiques à l'échelon de la Communauté française;
- pour l'alcool et les drogues, des approches plus diversifiées de mobilisation et de communication vers le grand public, le milieu de travail (six des sept projets visant ce milieu!) à l'échelon de la Communauté française ou des provinces;
- pour l'alimentation, des stratégies mixtes prioritairement orientées vers le public des 4 à 18 ans avec

	Sida n=46	Alcool - Drogue n=36	Alimentation n=12
demande de service agréé	11%	16%	33%
origine administrative bruxelloise	87%	50%	50%
extension communautaire	91%	61%	42%
extension provinciale	4%	31%	33%
public scolaire	9%	6%	75%
grand public	30%	33%	17%
public spécifique	26%	11%	0%
milieu de l'entreprise	0%	17%	0%
stratégie de communication	57%	28%	25%
stratégie de mobilisation	0%	42%	25%
stratégie mixte	17%	17%	50%

Tableau 4 - comparaison de différentes approches pour trois thèmes (sida, alcool-drogue, alimentation)

des actions communautaires, provinciales ou locales.

Des tas d'autres données peuvent encore être exploitées. On pourrait par exemple essayer de dégager des tendances d'une année à l'autre, de cerner des évolutions. Pourquoi pas, mais vu la taille modeste de notre fichier, les résultats n'auraient sans doute qu'une valeur toute relative.

Nous sommes parfaitement conscients de l'imperfection de notre travail. Mais s'il donne envie à l'un ou l'autre de nos lecteurs d'aller plus loin, nous en serions ravis!

Christian De Bock, Michel Demarteau, avec la collaboration de Roger Lonfils ■

La parole aux acteurs

Dans ce dossier, nous avons voulu donner la parole à des professionnels qui intègrent l'éducation pour la santé dans leur pratique quotidienne. Car l'éducation pour la santé, ce n'est pas seulement le travail de quelques spécialistes mais c'est aussi (ou surtout) ce que chaque professionnel fait là où il est. Une enseignante, une infirmière sociale et une équipe de travailleurs sociaux ont accepté de prendre la parole. Chacun à sa manière nous fait part de ses expériences et de sa perception du secteur de l'éducation pour la santé.

A tous, un grand merci pour leur accueil et leur collaboration.

Travail social et promotion de la santé

Un quartier de Bruxelles, une maison: Je sonne et me voici tout de suite dans l'ambiance. Des jeunes jouent au scrabble, les animateurs m'accueillent. Nous voici installés dans un salon. Carmine, Marie-Luce et Saadia sont prêts à répondre à mes questions. Après l'interview, ce sera le sandwich partagé avec une vingtaine de jeunes qui racontent leur matinée de cours, leurs projets de week-end. Ils viennent d'horizons différents pour se retrouver dans cette ambiance chaleureuse.

Education Santé: Pourquoi avez-vous choisi d'intervenir dans le domaine de l'éducation pour la santé?

Mosaïc: "Nous étions connus par le milieu de la santé et reconnu comme groupe faisant de la prévention. La première fois que nous avons introduit une demande de subsides en éducation pour la santé (mai 90), cela concernait un projet de prévention globale: animations sur les drogues, la contraception..."

La deuxième fois (année 92-93), nous avons dû choisir un thème plus précis; ce fut l'alimentation.

Mais depuis le début du travail de Mosaïc, nous avons naturellement fait de

l'éducation pour la santé dans tous nos contacts avec les jeunes."

E.S.: Comment intégrez-vous l'éducation pour la santé à votre pratique?

M: "Les questions de santé font partie intégrante de nos activités quotidiennes. Elles s'inscrivent dans le cadre de la relation de confiance avec le jeune, dans la vie du groupe. Pour nous, la santé, c'est au quotidien de notre vie avec les jeunes: quand on mange ensemble, quand on part en voyage ensemble..."

Pour nous, faire des informations dans les écoles, cela n'a pas de sens. Quand on est en situation concrète, peut-être que cela laisse des traces. Le jeune qui n'a pas pu participer à la séance de Drama parce que ses pieds puent, il s'en souvient. C'est une question de respect, on vit ensemble."

E.S.: Quelles sont les difficultés que vous rencontrez à réaliser cette intégration?

M: "L'éducation pour la santé s'intègre au quotidien. L'intégration d'un projet en éducation pour la santé, par contre, est plus difficile. Nous avons choisi comme thème l'alimentation: c'était plus abordable, ce n'était pas un sujet tabou. Nous nous sommes inspirés du projet québécois "Le système digestif de mon quartier". Nous avons impliqué les jeunes dans la rédaction du questionnaire, ce sont les jeunes qui ont fait les interviews."

En ce qui concerne les interviews, l'objectif pour nous était de sensibiliser les jeunes et leurs familles, d'impliquer une dynamique. La recherche n'avait pas un caractère trop scientifique, ce n'était pas notre but. Nous avons dû faire appel à des experts extérieurs.

Et puis, dans notre travail, c'est difficile de faire une animation sur un sujet précis tel que l'alimentation. On ne peut pas dire "maintenant, on se réunit pour parler de l'alimentation" mais on mange ensemble, il y a 5 jeunes qui mangent des hamburgers, on en discute. Quand un animateur mange des frites, les jeunes en discutent aussi. C'est vice versa!"

E.S.: Cela va bientôt faire 5 ans que le secteur de l'éducation pour la santé est réglementé dans un souci de coordonner les actions et de donner plus de rigueur aux interventions en éducation pour la santé. Depuis lors, quels ont été

vos contacts avec les structures (coordination et services agréés) mises en place par la Communauté française?

M: "Le point de départ est informel.

Cela a commencé par une rencontre avec Bernadette Lambrechts (Commission Locale de Coordination de Bruxelles) lors d'une présentation d'un de nos spectacles de Drama. A partir là, on nous a demandé de jouer sur la péniche Cinna; nous avons donc participé au projet. Quand nous avons voulu faire une demande de subsides, nous avons été lui demander conseil. Sur son conseil, nous avons contacté Promes, Cultures et Santé et l'APES pour nous aider pour le questionnaire et pour l'évaluation. A travers ces rencontres, on comprend que certains organismes ont besoin de nous pour contacter la population."

E.S.: Avez-vous des contacts, des échanges d'expériences dans ce domaine avec d'autres organismes non agréés, d'autres professionnels qui interviennent également dans le domaine de l'éducation pour la santé?

M: "Nous avons aussi des contacts avec Jeunesse et Santé pour nos spectacles et la Maison Médicale Norman Béthune pour l'accompagnement de certains jeunes mais aussi pour des collaborations au niveau de la technique de Drama. Il faut dire que cette technique est un de nos modes de contact privilégiés avec l'extérieur."

Mosaïc, une asbl, une équipe qui travaille avec les jeunes d'un quartier bruxellois. Mosaïc, c'est d'abord un lieu, un local ouvert aux jeunes (principalement immigrés). Ce sont aussi des activités (drama, jeux de l'esprit, sport) à forte valence préventive qui visent l'épanouissement individuel et social des jeunes. C'est aussi le travail avec les familles, l'école, le quartier et parfois la prise en charge individuelle de certains jeunes en difficultés.

Mosaïc, rue Jules Debecker 66, 1080 Bruxelles. Tél.: 02/410.07.42.

E.S.: Est-ce que ces contacts ont modifié votre intervention, votre pratique en éducation pour la santé?

M: "Sûrement! Tout d'abord, nous avons pris conscience que nous faisons de l'éducation pour la santé!

Au niveau de nos pratiques, cela n'a pas changé beaucoup: on ne fait pas des activités sur l'alimentation, on ne fait pas de réunion ou d'animation spéciale sur ce sujet. Mais ça nous a permis de développer un réseau de personnes ou d'organismes ressources pour des situations précises.

Faire un projet en éducation pour la santé, cela demande énormément d'investissement à côté de ce que l'on fait déjà. Ce n'est pas la même méthode quand on fait un questionnaire ou quand on travaille avec les jeunes."

E.S.: Comment qualifieriez-vous les relations entre structures spécialisées en éducation pour la santé (coordination et services agréés) et les organismes et/ou professionnels qui intègrent l'éducation pour la santé dans leurs pratiques (sociale, médicale,...)?

M: "Utiles pour nous: nous avons besoin de ces structures pour nous conseiller. Mais ils ont besoin de nous comme nous, on a besoin des jeunes. Nous avons un principe pédagogique dans notre travail, c'est "vice versa". Les jeunes nous apprennent, nous apprenons aux jeunes. Dans le secteur de l'éducation pour la santé, c'est la même chose.

Ce sont deux mondes différents: il y a des gens qui sont en activité sur le terrain et puis il y a des gens spécialisés dans un domaine précis. L'action des spécialistes est nécessaire aussi pour cerner des problèmes."

E.S.: Comment définiriez-vous votre rôle, votre place dans le domaine de l'éducation pour la santé?

M: "Le médecin attend le malade mais nous ne pouvons pas tous attendre: l'assistant social doit plus rebondir sur le quartier et entrer en contact avec les jeunes et leur famille.

Nous servons de relais aussi."

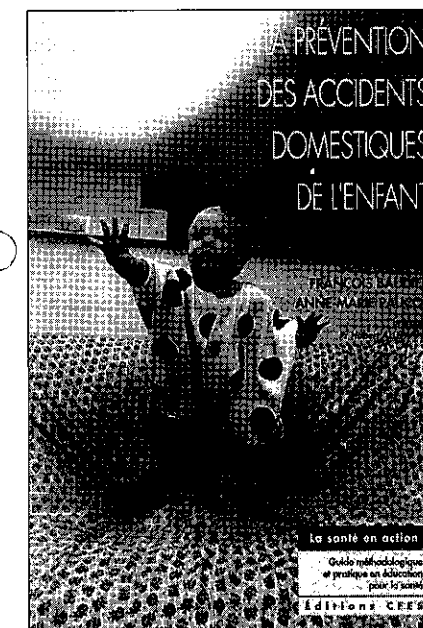
E.S.: Quelles sont vos demandes, vos attentes vis-à-vis des structures agréées (coordination et services)?

M: "Nous aimerions que quelqu'un fasse un stage "santé" chez nous, quelqu'un qui nous accompagne plutôt que de devoir nous adapter à la demande d'un service extérieur."

Avis aux amateurs...

de sensibilisation du public permettent d'entrer dans une phase qui met en avant la rigueur méthodologique et le souci d'évaluation. Il est donc nécessaire que tout en préservant la diversité des approches et les spécificités locales, la méthodologie soit plus rigoureuse, les indicateurs plus précis et "in fine" les actions plus efficaces.

Ce guide a été élaboré dans cet esprit par des spécialistes de cette question et des équipes qui ont mis en place pendant de nombreuses années des programmes qui aujourd'hui font référence. La première partie donne des informations plutôt théoriques sur le sujet, la seconde illustre à partir des expériences de terrain, les démarches pratiques à mettre en place. Il fournit donc, à tous ceux qui souhaitent entreprendre des programmes de promotion de la santé à moyen et long terme, une vision complète sur la prévention des accidents domestiques de l'enfant. Comme l'ensemble des ouvrages de cette collection, il devrait permettre de renforcer la rigueur méthodologique des actions de prévention et donc à terme la santé des populations.



GALIMARD P., 6 à 11 ans: développement de l'intelligence, maturation affective, découverte de la vie sociale, affrontements familiaux, Ed. Privat, Col. Enfances-initiation, Toulouse, 1990, 125 p. (localisation: RESO 1.05.01.06.04).

L'entrée dans la grande enfance marque cette période qui de 6 à 11 ans s'inscrit sous le signe de la découverte de l'univers scolaire et ses contraintes, caractérisées par la poursuite de "bons résultats". Mais cette réussite scolaire ne doit pas être vécue comme la part prépondérante de la réussite éducative: l'importance des maturations affectives, l'apprentissage de la vie sociale sont particulièrement soulignés par l'auteur. Le milieu familial continue donc à jouer un rôle déterminant: la maîtrise de soi que les parents veulent donner à leurs enfants passe par leur propre équilibre. D'où cet éclairage passionnant que l'auteur accorde à la "croissance des parents", qui conditionne en fait cette formation à la liberté, fondement de toute éducation.

STORK H., L'enfant de 3 à 6 ans: ses besoins, ses intérêts, ses problèmes, Ed. ESF, Col. La vie de l'enfant, Paris, 1986, 183 p. (localisation: RESO 1.05.01.06.03).

De la naissance à l'âge de deux ans, l'enfant acquiert les bases de sa santé psychique. Sur celles-ci, s'élaborent ensuite, de trois à six ans, d'importants remaniements qui méritent une attention d'autant plus nécessaire qu'il s'agit parfois de rattraper des "ca-fouillages" du premier âge. Abordant les problèmes spécifiques de l'enfant de trois à six ans, cet ouvrage réunit les contributions de spécialistes connus pour leurs recherches et leurs publications. Cependant, il se caractérise surtout par une mise en place originale du faisceau des besoins et intérêts propres à cet âge et par une préoccupation constante: non seulement éclairer les éducateurs, thérapeutes et parents sur tel ou tel aspect du développement, mais aussi alerter les responsables administratifs, l'opinion et les pouvoirs publics sur l'urgence d'une politique sociale de prévention.

L'adolescence

Adolescence: identités, santé, société, in PREVENIR, n°23, 1992, 190 p. (localisation: RESO P.18).

La santé des 8,5 millions de jeunes de 15 à 24 ans échappe au pouvoir descriptif des indicateurs classiques. D'abord parce qu'il est difficile de définir rigoureusement ce qu'on entend par adolescence: le passage de l'enfance à l'âge adulte, certes, mais encore cette période plus ou moins longue où se forge l'essentiel d'une personnalité. Puis, parce que l'idée même de santé renvoie chez les adolescents à des préoccupations moins sanitaires que sociales et morales: le bonheur, l'amitié, les copains, la liberté, sont les mots qui forgent à leurs yeux la nouvelle identité de leur santé. Enfin parce qu'il existe un malentendu fondamental entre les jeunes et le système de santé. Pour celui-ci, l'adolescent apparaît en négatif, comme un individu à risque, pour lui-même et pour les autres, risques constitutifs de la fameuse crise de l'adolescence. Mais pour ceux-là, si crise il y a, dans leur tête et dans leur corps, dans leurs relations avec l'environnement, et hors les facteurs hormonaux, c'est qu'elle est due à l'école inadaptée, l'insertion plus difficile dans la vie active, les relations plus complexes avec l'entourage social et familial, la sexualité contrariée par les préservatifs. La santé de l'adolescence renvoie donc aux maladies de la société. Comment combler le fossé qui existe entre les problèmes révélés par les adolescents et les actions préventives ou curatives mises en oeuvre?

ANATRELLA T., Interminables adolescences: les 12/30 ans, puberté, adolescence, postadolescence. "Une société adolescentique", Ed. Du Cerf/Cujas, Col. Ethique et société, Paris, 1991, 222 p. (localisation: RESO 1.05.02.05.03).

Le temps de l'adolescence est récent. Il a commencé dans sa forme actuelle au XVIIIème siècle. Les adolescents sont devenus une réalité sociale, engagés dans une expérience psychique particulière donnant naissance à un nouvel âge de la vie. La génération des yéyés a marqué le début de l'adolescence contemporaine avec le mythe de James Dean, adolescent révolté, et tout un courant philosophique existentialiste pour aboutir, de nos jours, au mythe de l'adolescent intimiste. Le premier refusait l'héritage en

sein de la même famille. Les parents, sans s'en rendre compte, ne se comportent pas de la même façon avec chaque enfant et inversement, les enfants qui ont un tempérament différent, ne réagissent pas de la même façon. D'autres facteurs d'environnement, tels les rapports entre frères et sœurs, l'école, les amis et les maladies entrent aussi en ligne de compte. S'appuyant sur des exemples de personnalités célèbres et sur leurs propres recherches, les auteurs présentent avec clarté leur conclusion convaincante.

Le père: figures et fonctions, in CAHIERS DES SCIENCES FAMILIALES ET SEXOLOGIQUES, n° 16, octobre 1992, 294 p. (localisation: RESO C.04).

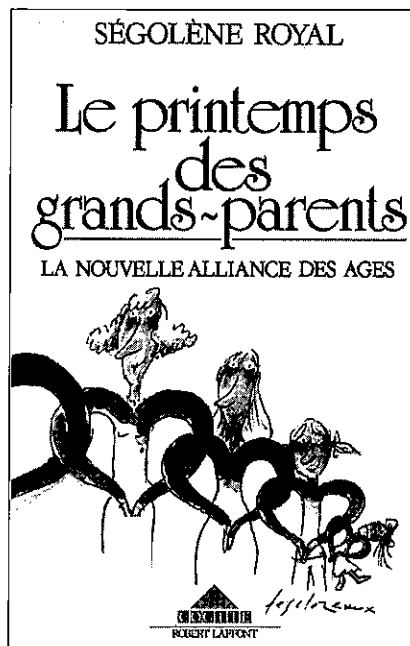
Ce n°16 est entièrement consacré au rôle du père. Voici le détail des articles qui y sont proposés: la réalité du père et des pères, la fonction paternelle après rupture conjugale, la figure paternelle entre tradition et renouveau, les procréations assistées et le rôle du père, la fonction paternelle et les structures inconscientes, du patriarcat au matriarcat en passant par les pères.

Dans le même numéro est abordée une réflexion sur les "changements dans la sexualité", consécutive au Congrès de la SSUB, en janvier 1991; les aspects de filiation familiale, du droit de filiation ainsi que la place du père dans la conception freudienne du sur-moi sont intégrés dans cette deuxième réflexion.

ROYAL S., Le printemps de grands-parents: la nouvelle alliance des âges, Ed. Robert Laffont, Paris, 1987, 297 p. (localisation: RESO II.06.03.01).

Une nouvelle génération est en train d'éclore, celle des 10 millions de grands-parents, qui s'intercale entre la génération des parents et celle des anciens. Avant 52 ans, une femme sur deux est grand-mère, à 55 ans un père sur deux est grand-père. Les officines de communication s'accordent pour prédire une France âgée, solitaire, et une individualisation forcée des comportements. Et si c'était l'inverse qui se produisait sous nos yeux? Comment ne pas voir que, pour la

première fois de notre histoire, des millions de personnes arrivent à l'âge grand-parental avec un bagage intellectuel ou un savoir-faire considérable: ce sont les générations qui ont connu l'explosion des professions qualifiées. Ce potentiel ne peut rester inutilisé. Le champ d'action qui s'ouvre à la solidarité inter-génération est immense. Les sociétés qui sauront l'aménager s'en sortiront indéniablement mieux que les autres.



SALOME J., T'es toi quand tu parles: jalons pour une grammaire relationnelle, Ed. Albin Michel, Paris, 1991, 183 p. (localisation: RESO II.06.03.04).

Voici un "vade-mecum" pour une communication vivante entre enfants et parents, entre enfants et adultes, autrement dit entre enfants et futurs parents et ex-enfants devenus parents. Nous invitons tous à réfléchir sur notre "incommunication", ce livre propose quelques règles simples d'hygiène relationnelle, illustrées par 64 dessins drôles et toujours justes, afin de réinventer des relations de bonne santé avec nous-mêmes et autrui. De ce véritable "jardinage relationnel" personne ne sort indemne, car nous sommes tous concernés.

SCHIERSE LEONARD L., La fille de son père: guérir la blessure dans la relation père-fille, Ed. Le Jour, Québec, 1990, 218 p. (localisation: RESO II.06.03.05).

Le père constitue, pour la femme, la première expérience du masculin. Il procure à sa fille un modèle idéal qui va lui permettre de se situer par rapport aux hommes. Ce livre remarquable sur les relations père-fille démontre que très souvent le père finit par transmettre à sa fille la blessure qu'il porte en lui-même et qui le rend incapable d'amour. Voilà qui expliquerait, selon l'auteur la difficulté de bien des femmes d'être à l'aise dans leur vie affective, sociale et professionnelle. L'auteur s'appuie à la fois sur son expérience personnelle et intime de psychanalyste et sur l'étude de contes de fées, de romans et de films bien connus pour expliquer l'effet déterminant de l'attitude des pères sur le comportement de leur fille.

L'enfance

BAUDIER F. et PALICOT A.M., La prévention des accidents domestiques de l'enfant: guide pédagogique à l'usage des professionnels, COMITE FRANCAIS D'EDUCATION POUR LA SANTE (CFES), Ed. CFES, Col. La santé en action, Paris, décembre 1992, 312 p. (localisation: RESO).

Depuis dix ans, des campagnes sur la prévention des accidents domestiques de l'enfant se sont développées en France. Ces actions se sont répétées au fil des années sous des formes et avec des partenaires qui ont varié. Si cette communication par les grands médias nationaux n'a pas à elle seule suffi à faire évoluer les comportements, elle a largement contribué à rendre "possible" de nombreuses actions de terrain. En effet, dans les années 1970, la mortalité et la morbidité liées aux accidents domestiques étaient déjà très élevées, mais le public et les décideurs étaient peu sensibilisés à ce qui n'apparaissait pas alors comme une véritable priorité de santé publique. La communication sociale sur le sujet a donc favorisé durant les années 1980 un climat propice à l'émergence de besoins de santé non exprimés par la population et au développement de nombreuses initiatives de terrain répondant très directement aux spécificités locales. Au début des années 1990, l'expérience acquise et le niveau élevé

Personnel soignant et promotion de la santé

Ma deuxième rencontre est avec Pascale. Nous nous connaissons déjà depuis plusieurs années: le travail comme infirmière en Maison Médicale nous avait réunies. Une interview, voilà un mode de rencontre qui ne nous était pas habituel. C'est à Educa-Santé, centre névralgique de l'éducation pour la santé en Haut-Normandie, qu'elle m'attendait.

Education Santé: Pourquoi as-tu choisi d'intervenir dans le domaine de l'éducation pour la santé?

Pascale Kusters: "Dans le cadre de la formation d'infirmière sociale, on nous parlait d'éducation pour la santé. Il y avait une ouverture vers ce domaine et même une obligation de faire des séances d'éducation pour la santé avec du matériel didactique.

En travaillant dans une maison médicale, faire de l'éducation pour la santé était tout à fait possible en plus du travail curatif. Comme centre de planning familial, nous avons été sollicités par des écoles; les professeurs voulaient qu'on informe les élèves. Pour le Réseau Allaitement, c'est une histoire personnelle: j'ai passé six mois en Afrique et l'expérience des femmes africaines a été déterminante pour moi. L'asbl Réseau Allaitement existait déjà et je m'y suis associée. Maintenant nous nous posons beaucoup de questions sur comment toucher le public défavorisé car ces familles adoptent l'allaitement artificiel."

E.S.: Comment intègres-tu l'éducation pour la santé à ta pratique?

P.K.: "C'est un choix personnel"

A la maison médicale, l'éducation pour la santé est intégrée au travail quotidien; c'est très informel. Ce qu'il y a de formel, ce sont la réflexion autour de notre activité en éducation pour la santé et les panneaux d'information que nous faisons. Quand on veut faire un travail pour développer la vaccination contre la grippe, on clarifie le problème en équipe ce qui facilite le contact avec le patient.

Au planning, l'intégration se fait au niveau de l'équipe: j'interviens pour des informations ponctuelles, la suite, ce sont les médecins qui l'assurent.

Pour l'allaitement, c'est encore différent: c'est un sujet très spécifique et spécialisé. Je ne travaille pas à l'ONE, mais j'ai parfois l'occasion d'en parler avec des parents dans d'autres lieux que le Réseau Allaitement. Les médecins peuvent m'envoyer des parents qui hésitent."

Pascale Kusters est infirmière sociale. Elle travaille dans plusieurs organismes de la région de Charleroi: - un planning familial pour lequel elle fait des animations dans les écoles; - une maison médicale où elle associe soins à domicile, dispensaire et animations dans la salle d'attente; - à Charleroi Naissance, une association qui offre une permanence téléphonique et des formations pour les parents et pour les professionnels; - au Réseau Allaitement où elle participe à un travail de coordination sur un thème précis: collecte de données, recherches bibliographiques, réflexions, édition d'un fascicule...

Pascale Kusters, rue du Bois-de-Lobbes 63, 6060 Gilly. Tél.: 071/42.15.25.

E.S.: Quelles sont les difficultés que tu rencontres à réaliser cette intégration?

P.K.: "La difficulté, c'est d'arriver à être claire et cohérente dans les messages vis-à-vis de soi et entre les membres de l'équipe.

Pour moi, c'est une question de base: en tant que personnel curatif, accepte-t-on de prendre une partie préventive. Est-ce bien notre rôle? Au niveau des écoles, la demande est claire.

Une autre difficulté, c'est l'évaluation de ce que l'on fait: comment le message est-il reçu? Est-ce qu'on a fait ce qu'on voulait?

Les messages doivent aussi être adaptés aux familles, aux populations différentes; je travaille aussi avec des populations d'origine turque.

Nous sommes dépassés par tout ce qui est publicitaire surtout au niveau de l'allaitement. On va vers une interdiction de la publicité pour le lait 1er âge mais en même temps, les firmes

vont s'orienter vers une publicité pour le lait 2ème âge et nous serons à nouveau dépassés!"

E.S.: Quels ont été tes contacts avec les structures d'éducation pour la santé mises en place par la Communauté française?

P.K.: "Nous avons été très heureux de connaître cette nouvelle réglementation grâce au numéro spécial de la revue Education Santé (n°58). Avec enthousiasme et avec l'aide de Martine Bantuelle, nous avons introduit une demande de subsides. Nous avons attendu un an et un mois pour avoir une réponse! Et celle-ci était négative! Entre-temps, nous avons dû fusionner avec un autre projet. Nous n'avons jamais su exactement pourquoi notre projet a été refusé. On nous a rétorqué que ce projet sur l'allaitement était de la compétence de l'ONE. D'autres échos aussi disent que nous n'aurions pas dû fusionner avec l'autre projet.

Nous collaborons très souvent avec Educa-Santé surtout pour la partie "coordination locale". Nous y trouvons un soutien logistique important pour le projet et aussi un soutien moral.

Nous avons eu des contacts avec le Centre d'éducation du Patient et nous avons aussi d'autres projets. Avec les services agréés et la structure de coordination, les portes nous semblent ouvertes."

E.S.: As-tu des contacts, des échanges d'expériences dans ce domaine avec d'autres organismes non agréés, d'autres professionnels qui interviennent également dans le domaine de l'éducation pour la santé?

P.K.: "Nous sommes confrontés au problème d'homogénéité, de cohérence des messages avec d'autres professionnels. Par exemple, en maternité où des mères ont reçu des messages qui ne concordent pas avec les nôtres.

Par contre, dans les écoles, avec les enseignants, c'est très intéressant: les professeurs ont un vécu des besoins des élèves; ils ont fait les trois quarts de l'analyse de situation.

Pour moi, ce qui est le plus extraordinaire, c'est d'entendre parler les gens

sur ce qu'est la santé pour eux. Cela m'ouvre les yeux et met en évidence les visières que j'ai à cause de ma formation. C'est important de parler simplement et de rencontrer d'autres conceptions de la santé. Je n'ai pas les mêmes références que les gens que je rencontre. Il y a des domaines tabous pour nous comme pour les autres.

Je participe aussi au collectif des maisons médicales de Charleroi. C'est un lieu d'échanges notamment en éducation pour la santé. Ce sont des débats assez animés: quel public devons-nous toucher? au nom de quoi? sur quels thèmes et avec quels moyens?"

E.S.: Est-ce que ces contacts ont modifié ton intervention, ta pratique en éducation pour la santé?

P.K.: "Sûrement! Je ne me lance plus dans n'importe quoi, n'importe comment. Cela est dû aux exigences de l'équipe et aux miennes. Il faut d'abord prendre du temps pour voir ce qui existe (littérature, prospectus,...), il faut discuter aussi. Tout cela me donne envie de continuer, de me former à l'animation, d'approfondir l'évaluation. Je fais deux, trois petites choses, je pose des jalons; je ne cherche plus des grandes causes tout de suite. Je me demande d'abord si l'éducation pour la santé est la réponse adéquate au problème.

Est-ce que l'éducation pour la santé est moins "plic, ploc" qu'auparavant? Voilà ma grande question.

La revue permet d'avoir des échos d'un peu partout. Voir la créativité du secteur, c'est important.

Au niveau des structures de décision, je me sens décrochée et impuissante. Lorsqu'un subside est refusé, on devrait avoir le droit de savoir pourquoi le projet a été refusé, on n'a pas de droit de défense. Evidemment, ceux dont le projet a été accepté réagissent certainement de façon différente. Mais on manque d'information.

Sur le plan local, la Commission Locale de Coordination a permis qu'on fasse des liens. C'est important de savoir qu'il y a quelqu'un qui comprend ce qui se passe et qui peut faire la synthèse."

E.S.: Comment définirais-tu ton rôle, ta place dans le domaine de l'éducation pour la santé?

P.K.: "En maison médicale, comme on vit dans le même quartier, les gens portent un regard sur notre manière de vivre. Le médecin qui fume, peut-il dire à ses patients d'arrêter? Notre mode de vie est-il un modèle? Doit-il être un modèle? Cette question du modèle est ambiguë pour moi. Le Réseau Allaitement est constitué d'un groupe de mères qui ont vécu l'allaitement, c'est ce qui nous unit. Pour moi, c'est de l'ordre du passionnel, je ne suis pas neutre quand je parle de l'allaitement, je n'arrive pas à prendre distance. Mais il y a aussi un moment où les messages neutres ne servent à rien.

Nous avons aussi un rôle à jouer au niveau de l'information; nous devons aider les gens à gérer la multitude d'informations qu'ils lisent dans les journaux, qu'ils voient à la télévision.

Notre rôle est aussi de motiver les gens à se préoccuper de leur santé.

Au niveau des écoles, nous avons un rôle de recentrage sur ce qui est vraiment important. Les jeunes à la récréation font de l'esbroufe en montrant un préservatif; ce qui est important, c'est de leur demander ce qu'ils veulent dans la relation amoureuse."

E.S.: Quelles sont tes demandes, tes attentes vis-à-vis des structures agréées?

P.K.: "Je demande que la revue Education Santé continue à exister; c'est très important. Cela permet aux gens de se parler.

La coordination de l'éducation pour la santé décentralisée sur le plan local, cela doit continuer aussi.

J'aimerais que la communication avec les décideurs s'améliore. Je peux accepter que mon projet soit refusé mais il faut qu'on soit mieux informé.

Au niveau de la formation, j'aimerais avoir des possibilités de formation mais qui ne demande pas un investissement aussi lourd qu'une licence en éducation pour la santé. Je me pose beaucoup de questions - comment se positionner comme professionnel?"

faut-il intervenir? est-ce aux gens d'intervenir? - et j'aimerais échanger avec d'autres à ce propos.

Sur le plan des statistiques, j'aimerais mieux connaître les besoins des populations. Je crois que c'est important aussi de nous familiariser au problème des besoins."

Après ces mots aimables pour votre mensuel préféré, passons au dernier morceau de notre tryptique.

Ecole et promotion de la santé

Geneviève Houlioux m'avait prévenue en me donnant l'adresse de cette école d'enseignement spécial: "Tu verras, ils ont tout compris en éducation pour la santé; c'est avec eux que j'ai commencé."

Des enfants qui jouent dans la cour, une cuisine claire et gaie, une salle à manger. Me voici à la "Taverne gosselienne". Pour ma dernière étape, Nicole Quinet m'accueille, elle est la responsable de ce lieu.

Education Santé: Pourquoi avez-vous choisi d'intervenir dans le domaine de l'éducation pour la santé?

Nicole Quinet: "J'enseigne depuis environ 20 ans. Au départ, c'est Geneviève Houlioux (à l'époque, infirmière au PMS) qui nous a sensibilisés à l'éducation pour la santé. C'était dans les années 70 et on n'en parlait pas beaucoup. Dans notre travail, c'était une nécessité d'aborder la santé avec les enfants.

Pour nous et pour les enfants, la santé est aussi importante que le calcul et le français."

E.S.: Comment intégrez-vous l'éducation pour la santé à votre pratique?

N. Q.: "Je pars d'une situation concrète dans la classe: un enfant perd une dent, un autre vient d'avoir un petit frère ou une petite soeur,... J'ai toujours pratiqué l'éducation pour la santé à partir des situations vécues par les enfants. Pour cela, il faut être à leur écoute. Chaque année est différente, on repart plus ou moins de zéro. C'est peut-être insécurisant pour l'enseignant.

Documentation

Les âges de la vie

Comme annoncé dans la livraison précédente d'Education Santé, voici une bibliographie commentée sur l'éducation pour la santé aux différents âges de la vie.

Elle a été sélectionnée parmi les ouvrages les plus récents enregistrés dans la base de données DOCTES. Etant donné le volume important de documentation relative à la santé à chaque âge, nous n'avons sélectionné que des monographies ou des dossiers parmi des ouvrages publiés depuis 1989, exceptionnellement avant cette date si l'ouvrage méritait d'être signalé et n'avait pas été présenté dans les numéros précédents de la revue.

La base de données DOCTES détient à ce jour 7.275 notices dont 917 sur l'enfant, 478 sur l'adolescent et 340 sur la personne âgée, hors les notices relatives à l'ensemble de la santé de l'individu ou à celui-ci dans différentes situations (milieu défavorisé, chômage, personnel de santé, accidents, patient, etc.).

La bibliographie a été organisée par thèmes: d'abord l'homme et sa santé en général, ensuite la famille et les relations familiales, l'enfance, l'adolescence, l'âge adulte et la vieillesse. Les ouvrages sont présentés à l'intérieur de thèmes par ordre alphabétique de noms d'auteurs.

La santé en général

BERNARDIS M.A., L'homme et la santé, Ed. Seuil, Paris, 1992, 319 p. (localisation: RESO G.03.04).

Qu'est-ce que la santé? Quelles sont les causes des maladies et comment soigner le malade? Si les réponses ont varié au cours des siècles et des civilisations, les hommes se sont toujours posé ces questions. La biologie et la médecine ont, en quelques décennies, accompli des progrès décisifs. La connaissance progressive du génome humain, par exemple, permet de mieux comprendre les maladies génétiques ou d'autres mécanismes pathologiques.

Mais soigner ne relève pas de la seule science. Santé de l'individu et santé publique s'inscrivent dans l'ordre des représentations subjectives et des conceptions sociales. Cet ouvrage pluridisciplinaire réunit la contribution de 43 auteurs autour de trois thèmes: conceptions de la santé et de la maladie; santé et maladies: médecine et biologie; questions de santé (économiques, politiques ou éthiques...). Autant de domaines sur lesquels des historiens, des philosophes, des anthropologues, des sociologues, des biologistes, des chercheurs, des médecins, des économistes ou des spécialistes de la santé publique font aujourd'hui le point. Voici quelques titres d'articles traités dans cet ouvrage.

- I. Conceptions de la santé et de la maladie: maladie et santé, médecine et philosophie, maladie dans une société africaine, les maladies sociales, la notion de santé...
- II. Santé, maladies: médecine et biologie, l'approche scientifique de la maladie et de la santé, les pathologies mentales.
- III. La biologie et la médecine aujourd'hui: connaissance du vivant et connaissance des pathologies, connaissance du cerveau (vieillesse), le soi et le non-soi...
- IV. L'équilibre avec l'environnement: les maladies multifactorielles, le cancer, l'hypertension artérielle...
- V. Soigner et prendre soin: l'imagerie médicale, le médicament dans l'histoire de la thérapeutique, la médecine préventive, les soins palliatifs...
- VI. Questions de santé: médecine, démographie, épidémiologie: santé et démographie...
- VII. Santé et niveau de développement économique: protection sociale, médecine et économie de la santé, santé pour tous en l'an 2000...
- VIII. Santé et éthique: médecine et questions éthiques, l'eugénisme, les dons d'organes, acharnement thérapeutique...

Famille et relations familiales

CORNEAU G., Père manquant fils manqué, Ed. de l'homme, Québec, 1989, 183 p. (localisation: RESO II.06.03.03).

Cet ouvrage ne traite pas seulement de l'absence physique du père; il s'interroge sur le silence qui isole aujourd'hui les pères des fils et qui donne à ces derniers l'impression d'avoir été mal "paternés". Et si ces pères manquants avaient inévitablement engendré des fils manqués? Cette question cruciale a amené l'auteur à se demander pourquoi la condition de l'homme est si inconfortable aujourd'hui, pourquoi les hommes ont peur de l'intimité, pourquoi ils redoutent cette agressivité qu'ils refoulent aujourd'hui au plus profond d'eux-mêmes, pourquoi ils se sentent obligés de jouer les héros, les éternels adolescents, les séducteurs, les bons garçons... pourquoi il est si difficile de devenir un homme à part entière dans nos sociétés ou les rites initiatiques de l'adolescence ont disparu. Ce livre est important parce qu'il rompt le silence. Pour les fils manqués, c'est la seule façon de guérir le père blessé en eux.

DUNN J., PLOMIN R., Frères et soeurs si différents: les vies distinctes dans la famille, Ed. Nathan, Paris, 1992, 200 p. (localisation: RESO II.06.03.02)

Confrontés aux disparités entre leurs enfants, les parents se disent souvent: "nous les avons pourtant élevés de la même façon... alors pourquoi sont-ils si différents?" Deux psychologues du développement répondent à cette question qui préoccupe tant de parents. Leur explication révolutionne la pensée: au-delà des différences génétiques, ce seraient les expériences intra-familiales non-partagées qui seraient cause de la différenciation des frères et soeurs. Les auteurs démontrent que l'environnement familial n'est pas le même pour chaque enfant. En réalité, frères et soeurs mènent des vies uniques et différentes au

des questions dignes d'intérêt. Par exemple, la gêne vis-à-vis des plus jeunes ou de certains professeurs, l'idée que la présence d'un distributeur pourrait encourager les relations sexuelles, la difficulté de trouver un endroit suffisamment discret mais accessible, la possibilité d'organiser le réapprovisionnement entre élèves ou avec certains professeurs, l'éventualité d'actes de vandalisme, la difficulté ou le souhait d'en parler avec les parents. Ces questions peuvent déboucher sur d'autres projets: stimuler les jeunes à mener leur propre enquête dans l'école ou auprès de leurs parents; rencontrer une école qui a déjà placé un distributeur; étudier ce qui se fait dans d'autres pays; organiser des discussions avec le Centre PMS ou un centre de planning... bref, le placement du distributeur peut être un aboutissement, ou une étape, d'un projet de prévention plus large.

Ni trop visible, ni trop discret

Le distributeur a généralement été placé dans un endroit de passage relativement discret, ou dans les toilettes. Certains jeunes, trouvent l'endroit choisi trop visible. La difficulté est ici d'allier facilité d'accès et discrétion. La gêne s'exprimant essentiellement vis-à-vis des adultes, il convient donc de trouver un endroit qui ne soit pas trop visible par ceux-ci, ce que chaque école peut déterminer en fonction de la configuration des lieux. Ce besoin de discrétion peut toutefois être atténué si les adultes n'expriment pas une attitude hostile vis-à-vis du

distributeur et de la sexualité des jeunes.

Une action de prévention parmi d'autres

Quelles que soient les approches choisies, il vaut mieux les inscrire dans un projet global de prévention,

Installer un distributeur à l'école: quelques recommandations

- Organiser ce projet, dès le départ, en collaboration avec les Centres PMS et éventuellement d'autres intervenants locaux (par exemple, un planning familial) de manière à ce que ceux-ci puissent concevoir et organiser un accompagnement adéquat auprès des élèves et des enseignants.

- Inscrire ce projet dans le cadre d'un programme global de prévention du sida et d'éducation sexuelle, en accordant une large place à l'information et à la communication.

- Considérer le placement d'un distributeur, non comme une action isolée, mais plutôt comme une occasion de favoriser au sein de l'école la sensibilisation, les échanges, la créativité par rapport au problème du sida.

- Permettre que ce projet se réalise dans un climat de concertation où parents, enseignants et adolescents sont consultés et se sentent prêts à accueillir favorablement un tel projet.

de manière à pouvoir répondre aux attentes, importantes et diversifiées, qu'expriment les élèves. Le placement d'un distributeur ne doit pas être conçu comme une fin en soi, ne nécessitant qu'une information ponctuelle: les jeunes disent clairement que cette action n'est pas la solution qui résoudra tous les problèmes soulevés par la prévention. Pour eux, son intérêt est avant tout de souligner l'importance du sida, de symboliser l'engagement des adultes, et de faciliter la communication sur le sida et la vie sexuelle.

(1) Cette crainte, souvent exprimée face à différentes stratégies de prévention du sida adressées aux jeunes, ne semble pas fondée: des recherches menées dans différents pays montrent que les programmes de prévention du sida n'ont pas d'effet sur la précocité des relations sexuelles, et n'entraînent pas une plus grande multiplicité de partenaires parmi les jeunes sexuellement actifs. Dans certains pays, le nombre de partenaires semble même avoir plutôt diminué depuis le début des campagnes de prévention.

(2) Dans une enquête menée par l'Agence Prévention Sida en décembre 92 auprès d'un échantillon représentatif de la population générale (18 à 59 ans), 85% des personnes interrogées disaient qu'elles approuveraient le placement de distributeurs dans les établissements d'enseignement secondaire.

Maintenant, je suis détachée de classe et responsable d'un projet cuisine. C'est un projet global. Quatre jours par semaine, avec les élèves, je fais la soupe et le repas chaud pour l'école. Ensemble, nous composons le menu en fonction de l'équilibre alimentaire, du coût et des produits frais de saison. Nous essayons de faire des repas comme dans une famille, dans un ménage. Ce projet touche aussi à l'hygiène: pour travailler dans la cuisine, il faut se laver les mains, attacher les cheveux,... Nous avons une charte du bon cuisinier que les élèves s'engagent à respecter."

Nicole Quinet est enseignante à l'Institut Jules Herbet à Gosselies (enseignement primaire spécial). Elle anime un projet cuisine qui s'adresse aux enfants de dernière année primaire (enseignement type II). Elle est le porte-parole du travail de toute l'équipe enseignante.

Institut Jules Herbet, 3 Faubourg de Charleroi, 6041 Gosselies. Tél.: 071/35.22.68

E.S.: Quelles sont les difficultés que vous rencontrez à réaliser cette intégration?

N.Q.: "Pour moi, je ne vois pas de difficultés: c'est naturel de faire de l'éducation pour la santé, c'est notre travail et tout le monde dans l'école participe à l'intégration de l'éducation pour la santé.

Quelques exemples parmi d'autres: il y a une douche dans l'école, une puéricultrice prend les enfants pour leur apprendre à se laver et s'habiller seul. Cela répond à un objectif éducatif et aussi à un problème d'hygiène des enfants.

Une autre classe s'est préoccupée des déchets dans l'école: ils ont réalisé des poubelles et ont été les placer dans toute l'école.

L'année passée, en classe de mer, nous avons appliqué tout ce que nous avons appris pendant l'année: le petit déjeuner, la toilette, les repas,... Chaque classe vivait dans deux ou trois chalets. C'était un moment intense où l'on a pu évaluer le travail de l'année."

E.S.: Quels ont été vos contacts avec les structures de coordination et les services agréés mis en place par la Communauté française?

N.Q.: "Nos premiers contacts (bien avant cette réglementation!) étaient avec la Croix-Rouge. A l'époque, seule la Croix-Rouge publiait des fascicules en éducation pour la santé. J'avais un stock de documentation que j'utilisais avec mes élèves. En parallèle, je faisais un cahier santé: les enfants faisaient eux-mêmes leurs outils, ils cherchaient de la documentation, ils y parlaient de ce qui les préoccupait. A la fin de l'année, ils avaient quelque chose et ils en étaient fiers. C'était illustré et c'était leur vécu.

On a visité la Maison Géante aussi. Nous sommes fort à l'écoute de tout ce qui existe comme activités dans la région.

Nous avons été voir Martine Bantuelle, nous avons utilisé la Maison des Dangers et nous avons invité d'autres classes à participer à notre activité. Nous sommes en contact avec Educa-Santé pour les accidents domestiques mais aussi pour d'autres thèmes par le biais de la documentation ou d'activités qui se déroulent dans la région.

Pour moi, ce qui est important c'est de découvrir des outils et de me les approprier, de les intégrer dans le travail avec les élèves."

E.S.: Avez-vous des contacts, des échanges d'expériences dans ce domaine avec d'autres organismes non agréés, d'autres professionnels qui interviennent également dans le domaine de l'éducation pour la santé?

N.Q.: "Oui, avec le service Infor Santé de Charleroi (Mutualité Chrétienne) pour leur action "Matins Turbo". Il y avait une animatrice extérieure qui venait. Les parents participaient aussi à l'activité. Avant qu'elle ne vienne, je préparais l'animation avec les élèves, puis après, j'exploitais le sujet avec les élèves en apprenant les catégories d'aliments, par exemple.

Il y a quelques années, Geneviève avait suscité des rencontres avec d'autres écoles mais cela ne s'est pas développé."

E.S.: Est-ce que ces contacts ont modifié votre intervention, votre pratique en éducation pour la santé?

N.Q.: "Oui, au départ, nous partions de rien. C'est surtout avec Geneviève que nous avons pris conscience de l'importance de l'éducation pour la santé dans notre travail avec les élèves.

Aujourd'hui, c'est toujours aussi enrichissant d'aller voir à l'extérieur ce qui se passe."

E.S.: Comment qualifieriez-vous les relations entre structures spécialisées en éducation pour la santé (coordination et services agréés) et une école comme la vôtre?

N.Q.: "Je ne comprends pas bien la question. Concrètement, nous nous complétons: nous travaillons avec les élèves et les organismes spécialisés nous offrent des outils pédagogiques, de la documentation,..."

E.S.: Comment définiriez-vous votre rôle, votre place dans le domaine de l'éducation pour la santé?

N.Q.: "Tout d'abord, nous sommes à l'écoute des questions de l'enfant, de ce qu'il vit. Par exemple, quand on épluche les pommes de terre ensemble, les enfants racontent, ils dévoilent des choses. Ils me parlent et ils se parlent entre eux. Il y a des événements à exploiter. Dans ce contexte, on explique, on raconte. Cela demande de s'adapter, d'être ouvert et créatif.

Avec des enfants, l'exemple est aussi très important: il ne s'agit pas de dire, vous ne pouvez pas manger de chips, c'est mauvais pour la santé. Mais simplement, au fil des jours et des années, les enfants nous voient à la récréation manger une pomme. Et progressivement, ils demandent à leurs parents une pomme pour la récréation. Et finalement, tout le monde mange une pomme!"

E.S. Quelles sont vos demandes, vos attentes vis-à-vis des structures agréées?

N.Q.: "Nous n'avons jamais eu de subsides, nous n'avons jamais fait de demande. Ce que nous préférons, ce sont des outils pédagogiques, des animations: des professionnels de la san-

Bulletin d'abonnement

(A renvoyer à Education Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles)

Nom et prénom

Adresse

Rue

Code postal

Commune

Pays

Profession ou fonction

té viennent dans les classes et lancent une activité. Ce n'est qu'un élément qui s'inscrit dans l'ensemble de notre travail mais cela a un impact supplémentaire auprès des enfants parce que quelqu'un d'extérieur vient les voir et s'intéresse à eux.

Par exemple, nous avons été chez un dentiste; il a examiné tous les enfants.

Pour chacun, il a inscrit les dents cariées. Chaque enfant a reçu un papier. A la fin de l'année, le dentiste a refait un tour et on a pu évaluer. Pour les enfants et pour les parents, c'est différent de la classique visite médicale, c'est personnalisé et cela a plus d'impact.

Les organismes extérieurs ont des moyens plus importants que les nôtres:

pas seulement au niveau financier mais aussi au niveau des compétences et des centres d'intérêt. C'est important qu'ils proposent de la documentation, des outils pédagogiques, des animations. Le tout, pour nous, est de sélectionner et d'adapter aux enfants."

Propos recueillis par **Bernadette Taeymans**. ■

Et si on rêvait...

Un anniversaire, c'est bien sûr le moment des bilans, mais c'est aussi l'occasion de regarder devant soi, de penser à l'avenir et d'y rêver. D'autant plus que l'essence même de notre travail, c'est de prévoir, de prévenir. Eduquer pour la santé, c'est conduire les individus et la collectivité vers autre chose... Mais vers quoi? La santé? Quelle santé?

La revue Education Santé a invité individuellement quelques acteurs de l'éducation pour la santé à cet exercice "regarder vers l'avenir et rêver..."

Rêves, cauchemars, avenir proche et lointain, beaucoup de ces témoignages font référence à des valeurs. Nous espérons qu'ils susciteront vos réactions. Mais en attendant, et pour être sûr qu'un tel débat puisse avoir lieu, nous l'avons rêvé en rassemblant tous ces rêveurs et rêveuses autour d'une même table imaginaire.

Le premier à prendre la parole est médecin. Son rêve? La naissance d'un homme-conscience au-delà de l'homme-science (Dr G. Bradfer).

Pour lui répondre, sa voisine de table, une animatrice bénévole prend la parole. Son rêve à elle? Eduquer le médecin au dialogue et assurer le bien-être de tous par une aide sociale encore mieux organisée (Jeanne Saint-Ghislain).

De l'autre côté de la table, un autre rêveur intervient. Il voudrait une école capable d'atteindre son utopie: "la paix pour tous dans le monde de demain" (Jean Hans).

Mais les rêves de sa vis-à-vis, enseignante dans le professionnel, sont beaucoup plus immédiats: faire d'abord une place à la santé dans l'école et être soutenue pour cela (Dominique Polet).

Comment introduire l'éducation pour la santé à l'école? Le rêve suivant apporte une bouffée d'air... de promotion de la santé sur un air de rumba (Cristine Deliens).

Le résultat d'un si beau rêve "d'école en santé": tout simplement qu'il n'y a plus besoin d'éducation pour la santé à l'école. C'est ce que nous propose une animatrice en éducation pour la santé à l'école (Andrée Bastin).

Une autre vision de l'avenir surgit tout aussitôt. Mais est-ce un rêve ou l'avez-vous rencontré, le "Health Angel", le Batman de l'éducation pour la santé (Cathy Molitor).

Le ton est donné, les rêves s'amplifient, se colorent. La cité future, dans 1027 années, est celle de la communication culturellement saine (Nicole Tinant).

Mais ce rêve d'harmonies futures se brise (à la même époque?). Solitaire, un homme vit un cauchemar, il lutte pour sa liberté, celle d'être mal dans sa peau et mal dans son corps (Karl Heuse).

Quittons ces rêves insensés, nous dit un homme les yeux ouverts. Cessons de parler de la santé des autres et tentons de comprendre sur quoi nous agissons (Thierry Poucet).

Mais tout rêve n'est pas perdu! Comprendre oui, mais surtout partager son savoir et le construire avec l'autre, nous souffle une autre rêveuse (Jeanne-Marie Delvaux).

Rêver à une population, à des individus acteurs de leur santé, oui, mais y parvenir en agissant sur les structures, sur l'organisation dans un sens plus communautaire et en passant par la voie politique, tel est le souhait d'une des interlocutrices (Martine Spitaels).

Les structures, les acteurs de l'éducation pour la santé! Que font-ils? Que pourraient-ils faire? Des propositions, des rêves surgissent à cette évocation. La première! Un secteur d'activités toujours aussi riche et diversifié, mais de plus en plus cohérent (Christian De Bock).

Rêver ensemble, partager les moyens, les solutions (en réseau), nous suggère une voix à l'accent... convaincant (Lise Langevin).

Ce débat entre acteurs de l'éducation pour la santé, nous l'avons rêvé il y a cinq ans dans le numéro 34 de cette revue, en janvier 1989, en réagissant à la nouvelle réglementation. Nous y regrettons la disparition d'un organisme géré par ses utilisateurs et pensions urgent de recréer un lien de participation réelle de tous, les nouveaux services et les utilisateurs. Ce débat que nous venons de créer grâce à la revue "Education Santé" est un exemple d'échanges et de participation, mais est-ce suffisant?

Il reste bien des rêves à accomplir. Je vous laisse maintenant à ceux de nos ami(e)s.

Michel Demarteau

Prévention sida

Distributeurs de préservatifs

L'installation d'un distributeur de préservatifs dans une école n'est pas une fin en soi: elle permet le dialogue entre professeurs, parents, élèves et éducateurs à la santé sur la prévention du sida. Résultats de l'action-pilote.

Daschbeck, cela vous rappelle quelque chose, non? C'était au début de cette année: l'Echevin de l'Instruction Publique de la Ville de Bruxelles avait provoqué un tollé alors qu'il s'opposait à l'installation d'un distributeur de préservatifs dans cette école.

Et s'opposait ainsi à la volonté de la direction de l'école, du comité de parents et des élèves. Arguments avancés: l'incitation à la relation sexuelle que représentait, à ses yeux, une telle démarche n'avait pas sa place dans une école (1). S'ensuivit un débat largement médiatisé pour ou contre l'installation de distributeurs dans les institutions scolaires.

Ce débat a retenu l'attention du Ministre de l'Education, Elio Di Rupo qui, en mars, proposait à une dizaine d'établissements de placer un distributeur à titre d'action-pilote.

En même temps, le Ministère de l'Education chargeait l'Agence Prévention Sida de faire une enquête par questionnaire auprès des élèves et des enseignants afin d'évaluer l'accueil fait à cette action pilote. L'avis des parents a aussi été recueilli via les associations de parents, ou sur base d'informations collectées par l'école elle-même.

Cette action a débuté en mars 93, et l'enquête s'est faite durant le mois de mai auprès de 1500 élèves et 234 enseignants.

L'utilisation du distributeur ne pourra être mesurée qu'à long terme, par exemple en enregistrant les ventes au cours de l'année prochaine.

Un accueil favorable

Dans leur grande majorité (78%), les jeunes interrogés ont approuvé le placement de distributeurs à l'école; par-

ce qu'il facilite l'accès au préservatif, mais surtout parce qu'il rappelle l'importance du sida (61%).

Ils pensent également qu'une telle action augmentera la communication sur le sida entre les élèves, entre ceux-ci et les enseignants, et même avec leurs parents. La difficulté d'aborder le problème du sida est reconnue comme un des obstacles majeurs à l'adoption de comportements préventifs: on ne peut donc que favoriser les stratégies susceptibles de développer la communication.

Dans l'enquête, peu de jeunes estiment qu'il y a un risque de vandalisme à l'encontre du distributeur; si cela se produisait, ils attribueraient ces dégradations à un climat général plutôt qu'à une opposition spécifique au distributeur. Jusqu'ici, aucune école n'a d'ailleurs constaté de vandalisme.

S'informer et en parler

61% des jeunes interrogés estiment que, lorsqu'une école place un distributeur, les professeurs doivent être prêts à aborder le problème du sida et doivent les encourager à se protéger. Ils souhaitent, non seulement une information générale (91%), mais aussi des conseils sur l'utilisation et l'achat du préservatif (74%), sur la manière de surmonter le gêne qu'il peut susciter, et des discussions sur la vie amoureuse (69%).

Parmi les enseignants qui ont relayé l'enquête dans leur établissement, plusieurs soulignent que cette action suscite effectivement une demande débordant largement la question du distributeur; il leur paraît indispensable que les enseignants soient favorables au projet, et se sentent prêts à répondre aux demandes.

Besoin d'accompagnement

De leur côté, lorsqu'ils souhaitent aborder le sida avec leurs élèves, 61% des enseignants semblent accorder un rôle important aux Centres PMS, et souhaitent un accompagnement actif de la part de ces intervenants. Notre

évaluation du coffret pédagogique démontre aussi que les enseignants désireux de faire de la prévention du sida souhaitent une aide accrue des structures entourant l'école, des formations à l'écoute et des échanges entre enseignants et avec les intervenants des PMS.

La collaboration avec les Centres PMS doit donc être prévue dès le départ: soutien méthodologique auprès des enseignants; organisation de séances d'information et de discussion avec des groupes d'élèves ou rencontres individuelles, souhaitées par certains jeunes.

Les parents ne sont pas contre

Certaines écoles ont craint que les parents soient hostiles à ce projet (2). En fin de compte, lorsqu'ils se sont exprimés, leurs avis étaient plutôt positifs, et aucune réaction hostile n'est venue entraver cette action-pilote.

De leur côté, la majorité des jeunes disent que leurs parents sont d'accord, qu'eux-mêmes accordent une importance à cet avis, et qu'ils en ont parlé avec eux. La crainte d'une réaction négative de la part des parents doit donc être nuancée. Mais elle est probablement justifiée dans certaines écoles, particulièrement celles qui comptent des élèves issus d'autres cultures: ceux-ci sont beaucoup plus sceptiques quant à l'accord de leurs parents, et aux possibilités de parler de ce projet avec eux.

Pour que tous soient concernés

La concertation est primordiale. Elle donne l'occasion d'aborder la problématique du sida de manière dynamique et concrète, et renforce chez chacun le sentiment d'être partie prenante. Un sentiment nécessaire à l'adoption de comportements préventifs.

Si elle est bien menée, elle permettra notamment aux jeunes de soulever

En replaçant les accidents de l'enfance dans leur perspective anthropologique (Jon Cook) et grâce aux enseignements livrés par des études sur les attitudes des familles et celles des médecins face à l'accident et à la prévention, explorées ici par Colette Ménard, les auteurs interpellent les professionnels en confrontant leurs propres modèles à ceux de leurs clients et de la population générale. Des logiques qui bien souvent s'affrontent et ne se rencontrent pas.

"Pipade", "Crac-pa", "Faire face, l'enfant, la vie", "Programme coopératif du Doubs": quatre projets de prévention des accidents domestiques de l'enfant qui se sont déroulés en Ille et Vilaine, à Nancy, à Chambéry et à Besançon sont également présentés.

Les promoteurs nous livrent les réflexions et les enseignements issus de leur expérience réciproque.

En ce qui concerne les stratégies d'intervention:

. Comment concevoir, organiser, dérouler dans ses étapes successives une action sur la prévention des accidents domestiques de l'enfant pour qu'elle soit adaptée, coordonnée et participative?

. Comment améliorer la capacité des acteurs de terrain à reconnaître et prendre en compte les situations à risque pour les enfants?

. Comment impliquer les enfants eux-mêmes dans l'action?

. Comment l'évaluation peut-elle devenir un outil qui relance la dynamique de l'action?

. Comment sensibiliser et susciter la demande des intervenants de terrain?

. Comment impliquer les enseignants afin qu'ils effectuent eux-mêmes une éducation au risque auprès de leurs élèves et qu'ils intègrent à leur cours une série d'activités?

En ce qui concerne la formation:

. Comment élaborer un programme de formation qui tienne compte du public concerné par la formation, de la finalité et des objectifs pédagogiques que l'on se fixe, du contenu, des activités et des méthodes que l'on privilégie?

En ce qui concerne les stratégies de communication:

. Comment et en fonction de quels paramètres, l'acteur de santé va-t-il choisir un outil plutôt qu'un autre?

. Comment la création d'un outil par le groupe cible peut-il devenir un élément d'auto-formation?

En ce qui concerne le partenariat:

. Comment amener les partenaires à clarifier leurs attentes et leurs compétences réciproques en fonction d'objectifs communs?

. Comment utiliser un événement comme une étape pour la réalisation d'actions?

. Comment faire en sorte que le partenariat favorise ce que chacun peut apporter de plus pertinent, de plus efficace et de plus rigoureux?

. Comment allier stratégies économiques et stratégies de santé publique?

. Comment utiliser l'écriture d'un projet pour mettre les partenaires d'accord sur les objectifs, les méthodes, l'évaluation, le budget?

. Comment valoriser le travail et la participation de tous les partenaires d'un projet?

En ce qui concerne l'évaluation:

. Comment établir un schéma d'évaluation qui soit à la fois rigoureux et adapté à une situation donnée?

. Comment allier action et évaluation, afin qu'elles s'enrichissent mutuellement?

Chacune de ces questions trouve des réponses dans la présentation d'études de cas qui nous plongent dans la réalité de chaque projet.

A souligner: les multiples références à des travaux réalisés en Communauté française de Belgique, notamment en méthodologie et en évaluation.

La prévention des accidents domestiques de l'enfant, sous la direction de François Baudier et Anne-Marie Palicot, La santé en action, Editions CFES, Paris, décembre 1992, 312 pages, 95 FF

Martine Bantuelle, Educa Santé ■

Communication et différence socio-culturelle

Le numéro de septembre du Bulletin d'Education du Patient présente un intéressant dossier sur les approches interculturelles en éducation du patient et en éducation pour la santé. Ce dossier a été réalisé en collaboration avec l'équipe de Cultures et Santé.

C'est Thérèse Claeys Bouuaert, responsable de Cultures et Santé, qui entame ce dossier, par une note positive: "tout n'est pas toujours source de problème. Des personnes dites 'de cultures différentes' communiquent souvent fort bien, même sans grande préparation; un sourire, un geste chaleureux et le désir spontané de part et d'autre de communiquer transcendent souvent bien des différences." Elle définit ensuite le cadre d'action de son équipe.

Louis Ferrant, médecin en maison médicale, présente le texte de l'intervention qu'il avait faite lors du colloque sur la plainte organisé par la Fédération des Maisons médicales (Bruxelles, 10-11 octobre 1992). Cet article propose une approche interculturelle et tente de démontrer qu'elle est transposable à chaque relation thérapeutique.

Troisième article du dossier: la prise en charge thérapeutique des migrants vue sous l'angle de l'approche ethnopsychiatrique. Puis, pour rester dans le domaine de la psychiatrie, vient un article sur le problème de la dépression, par Serge Faelli (qui avait rédigé un article sur le même thème dans le numéro 71 - octobre 1992 d'Education Santé). Enfin, le dossier présente un article sur l'exclusion sociale et l'approche thérapeutique des familles défavorisées.

Dossier Approches interculturelles, Bulletin d'Education du Patient, numéro 3, septembre 1993.

Centre d'Education du Patient, rue Fond de la Biche 4, 5530 Godinne, tél. 082/61.46.11, fax 082/61.46.25.■

Pour nous, un des buts innovateurs de l'éducation pour la santé est l'élévation de conscience de tous les êtres.

Nous pensons en effet qu'il est nécessaire de concevoir la santé aussi selon des valeurs de sagesse ou/et spirituelle qui élèveront la personne vers des qualités de bonté, d'amour et de refus de la violence.

Nous pensons que l'éducation du public, jeune ou adulte, passe par le cadre informel et spontané d'une école de vie où chacun est libre, responsable et engagé en ce qu'il donne et/ou reçoit comme enseignements ou expériences de vie.

Nous pensons que l'apprentissage, l'éducation - à cet idéal humain nourri de culture spirituelle et morale - est un modèle alternatif fondamental d'éducation pour la santé. Il trouve sa place, à part égale, à côté de celle de l'autre modèle fondamental de l'éducation pour la santé que nous dirons classique. Les postulats de ce dernier sont uniquement d'ordre scientifique et technique, les postulats du premier tentent d'intégrer science et conscience.

Notre rêve est celui d'une éducation pour la santé bipolaire qui permette les deux voies pour le bien de tous: celle classique de l'homme-médical et bien portant et celle holistique de l'homme-conscience et sujet entier de sa personne (1).

Dr G. Bradfer, Le Pélican

(1) Cette réflexion n'est que l'exégèse du constat de J. Duchêne (in "Politiques de santé" publié sous la direction de B. Crousse, J. Delville et M. Mercier dans la collection "Savoirs et santé", Editions De Boeck-Université, 1988). Dans son article intitulé "Ethique et politiques de santé", cet auteur y expose les quatre dimensions, symbolique et spirituelle, subjective ou psychique, objective et biologique, et enfin sociale du corps humain et tente "d'en faire pressentir la nécessaire complémentarité en mettant en évidence pour chacune d'elle sa fécondité propre mais aussi ses limites". Il souligne aussi - et c'est la portée de notre proposition - que les "politiques de santé devront s'interroger sur le privilège exorbitant dont jouit, dans nos sociétés occidentales, le modèle biomédical et les institutions, les savoirs et les pratiques qu'il a contribué à mettre en place".

On peut rêver - il faut rêver - il faut surtout agir pour que le rêve devienne réalité. Mon rêve, mon dada, c'est que chacun d'entre nous puisse être à l'aise avec son médecin, et que de bonnes relations s'établissent entre eux.

Mais cela demande du temps comme tout changement de mentalité.

Que faire?

1. D'abord éduquer les gens, les patients, rejeter les idées toutes faites:

- Le médecin n'est pas un Dieu. C'est une personne qui, dans son domaine, en sait plus que nous, pour pouvoir nous aider à vivre en bonne santé.

- C'est au patient à expliquer ce qu'il est, ce qu'il ressent, ce qui lui fait souci. La parole est un fameux moyen mis à notre disposition par le Seigneur. Pour une fois, utilisons-le bien.

- C'est encore au patient à demander, redemander des explications, à oser dire qu'il n'a pas compris, à exiger que l'utilisation, la posologie, la fréquence des médicaments soient présentées clairement.

- C'est toujours à lui de suivre le traitement prescrit, à signaler au médecin un traitement inadéquat, à utiliser son carnet de santé.

2. Eduquer aussi son médecin avec insistance jusqu'à ce qu'il écoute, comprenne, parle, explique avec des mots simples, compréhensibles même s'il est pressé. Les mots à 80 centimes ne doivent pas avoir cours. Il faut qu'il se préoccupe du malade autant que de la maladie. Après des séjours en clinique, j'ai chaque fois demandé des cours de psychologie du patient pour tous les médecins!

J'arrête ma dissertation. Elle est incomplète, sinon elle couvrirait des pages. Je souhaite, et c'est possible, que les relations patients - médecin, s'améliorent au point, mais oui, de pouvoir se situer sur un pied d'égalité et pourquoi pas, de pleine confiance et d'amitié. Mais cela dépend de chacun, des deux parties.

N'oubliez pas, la santé, c'est notre capital.

On peut rêver? Heureusement qu'on rêve. La réalité est parfois si difficile! Je vous conte une histoire... de rêve.

Je suis une charmante vieille dame de 75 printemps.

J'habite seule, un gros village du Brabant wallon.

Ma maison, je l'aime. J'y ai déjà passé 44 ans, y ai élevé ma famille, pleine de souvenirs que je ne veux pas perdre, qui m'aident à vivre.

Car, avec la polyarthrite évolutive pour compagne depuis plus de 26 ans, ce n'est pas facile.

Heureusement, j'ai beaucoup de chance, même si je ne peux plus faire grand-chose.

Ecoutez bien et retenez pour votre gouverne.

Chaque semaine, une aide familiale vient entretenir ma maison; 3 fois par semaine aussi, une gentille infirmière vient me donner les soins indispensables.

Chaque jour, je bénéficie du repas chaud du CPAS. Excellent, quoiqu'on dise.

Mon médecin vient une fois par mois contrôler les mécanismes rouillés de mes 75 ans. C'est une amie autant qu'un médecin.

Mais cela dépend d'elle autant que de moi.

Un service de blanchissage passe à la demande, chercher mon linge à lessiver.

Des voisins font mes courses, et des voisines viennent me rendre visite. On papote, on barbote, on sirote la traditionnelle jatte de café.

Mes enfants ne m'oublient pas, loin de là.

J'ai l'utilisation du Télé-Alarme.

A cause de tout cela, sauf contre-ordre du Seigneur, je pourrai mourir dans mes cailloux.

Mais beaucoup de personnes ignorent toutes les possibilités d'aide actuelles...

1. Alors, beaucoup, beaucoup d'information, à tous les niveaux.

2. Je n'ai qu'une pension moyenne. Ces services coûtent cher, très cher. Je rêve d'une indemnité journalière forfaitaire, aidant les personnes isolées. L'hôpital, le home, la maison de repos et de soins coûtent beaucoup d'argent aux mutuelles. Cette indemnité serait bien moins onéreuse!

3. Multiplier les coordinations de services serait très bon!

Alors... A bon entendeur, salut!

Jeanne Saint-Ghislain, animatrice bénévole de l'Association Chrétienne des Invalides et Handicapés

Je rêve qu'un maximum d'enseignants rêvent de faire de l'éducation pour la santé à l'école... que cette éducation pour la santé, réalisée à partir de l'environnement complet accessible à l'enfant soit la plus globale possible, et devienne la meilleure manière de faire de la prévention dans une perspective de paix pour tous dans le monde de demain et où la notion de corps individuel complet rejoindrait la notion de corps social complet.

Jean Hans, membre de l'équipe Croix-Rouge du Luxembourg

Ah si on pouvait créer dans chaque école un "Club Santé" où tous les jeunes, tous les professeurs, aborderaient des tas de sujets axés sur la santé au sens large du terme, avec le soutien de gens compétents. Je l'espère en tout cas pour la mienne!

J'aimerais aussi un accès plus facile à tous les centres spécialisés en éducation pour la santé (mes élèves attendent souvent longtemps une réponse à leurs demandes...).

Dominique Polet, infirmière enseignant dans le domaine professionnel

Je rêve la santé à l'école, je rêve l'école, je rêve le monde où l'on vit...

Pour se mettre dans l'ambiance, sur un air de rumba,
"Y'a d'la santé dans l'air,
le cartable de travers,
on apprend sans l'savoir
les profs veulent bien y croire
la la la la la.. la la..."

Je rêve que l'éducation et la promotion de la santé dans l'école se fassent "sans en avoir l'air" mais qu'elles "prennent l'air" et se dépoussièrent.

Je rêve que l'éducation pour la santé devienne synonyme de plaisir... je rêve qu'en entendant ce mot, les enseignants et les professionnels de

l'éducation et de la santé s'envolent dans des délires éducatifs pleins d'imaginaires et de réalités...

Je rêve d'une école qui permette de mieux grandir, de mieux vivre aujourd'hui et demain, de mieux imaginer, créer, rêver, construire... Je rêve que l'on y comprenne la santé parce qu'on la vit et le bien-être parce qu'on se sent bien dans sa peau et avec les autres... tous les autres.

Je rêve que les professionnels en milieu scolaire (IMS, PMS, enseignants, directeurs, éducateurs, traiteurs (et oui, on mange à l'école), animateurs...) aient du temps et l'envie de se réunir pour penser la dimension "santé" de leurs activités.

Je rêve que la folie créative et l'espoir volontaire de certains profs soient contagieux et se collectivisent en une "saine maladie".

Je rêve que l'on pense "enfants", que l'on pense "jeunes" quand on parle de l'école et de la santé à l'école. Qu'on y fasse de l'éducation plutôt que de l'information.

Je rêve que l'on donne et écoute la parole des enfants, celle des jeunes, celle des parents, celle du collectif enseignant, dans une tour de babel où l'on veut se comprendre et rêver à ce que "vivre mieux" (en santé, par exemple) veut dire pour chacun et chacune: jeunes et adultes, enseignants et parents, direction et commerçants du quartier, animateurs socio-culturels et enseignants...

Je rêve que le projet pédagogique de l'école fasse partie des réalités à "déclaration obligatoire" et qu'il englobe la santé - au sens large - dans sa conception...

Je rêve de cohérence et de partenariat dans les démarches de tous ceux et celles qui travaillent avec le même public d'enfants et de jeunes dans et hors l'école. Le corollaire de ce dernier rêve est financier et politique: je rêve que ce ne soit plus la quantité et la visibilité des actions éducatives en santé mais la qualité, les dynamiques de changement de comportement, et les savoir-vivre qu'elles construisent qui justifient les subsides.

Je rêve enfin que l'école se gère comme un lieu de vie qui devrait être "sain" dans toutes ses facettes: dans l'environnement qu'elle constitue, dans les

relations qui s'y tissent: école-parents-enseignants-élèves-direction-personnel..., dans les pédagogies dont elle se revendique, dans son fonctionnement démocratique, dans les comportements et les attitudes qu'elle met en exemple et ceux qu'elle exige, etc... (Un enfant dont les parents travaillent passe, dans l'école, une moyenne de 9 heures par jour sur les 14 heures d'éveil d'une journée qui commencerait à 7 heures et se finirait à 21 heures.

La santé à l'école? Je rêve!

Cristine Deliens, coordination Education Santé, ZEP de Saint-Gilles, Mission Locale Jeunes Saint-Gilles

L'éducation pour la santé n'est plus un travail:

- les adultes qui jadis étaient notre public-cible sont devenus des personnes responsables à part entière... Quelle joie de voir tout se dérouler machinalement, au fil du temps. Les bonnes habitudes sont enfin acquises.

- dans les écoles, l'éducation pour la santé est intégrée au programme. Les instituteurs possèdent à présent du matériel, des outils pédagogiques, des cassettes vidéo qu'ils savent utiliser à bon escient. Pendant leurs études, ils ont participé à leur formation spécifique en éducation pour la santé...

Exemple: on ne calcule plus le débit d'un robinet d'eau, mais plutôt le nombre de calories nécessaires à une journée de travail en classe...

Notre rêve est enfin réalisé! Nous visions haut et nous avions raison!

Andrée Bastin, animatrice Croix-Rouge

Mon rêve serait un peu comme un conte de fées, une bande dessinée. Les enseignants n'hésiteraient pas à faire appel à un éducateur santé. Et, comme par magie, grâce à un seul contact avec lui, tout rentrerait dans l'ordre: tous les enfants seraient heureux de vivre, bien dans leur peau, équilibrés, en bonne santé,... tout comme les enseignants.

Et ces enseignants nous accueilleraient à bras ouverts...

Cathy Molitor, Croix-Rouge de Belgique

Lu pour vous

La santé en action

Une nouvelle collection

Le Comité français d'Education pour la Santé (CFES) lance une collection de guides méthodologiques et pratiques dans le champ de la promotion de la santé. Le Dr François Baudier, délégué général adjoint du CFES, est le responsable de cette collection; il en présente l'esprit.

Pourquoi cette collection?

Dr François Baudier: "Le CFES développe depuis de nombreuses années une réflexion sur la méthodologie en éducation pour la santé, mais c'est avant tout un organisme d'action. Il est à l'origine, avec son réseau de campagnes nationales, de programmes de promotion de la santé proches des populations, sur les lieux de vie, leurs quartiers, leurs zones rurales..."

Dans les années 80, le CFES avait publié une série de monographies dont le titre générique était "La santé en action". L'appellation et surtout l'esprit de ces documents ont été repris pour créer une véritable collection de guides, à la fois méthodologiques et pratiques, dans le champ de la promotion de la santé. A l'heure où chacun recherche quelques repères ou quelques références dans le domaine de l'éducation pour la santé, il nous semblait important de faciliter la diffusion du "savoir" et du "savoir faire" dans le domaine de la santé publique."

Quel sera le trait commun entre les différents ouvrages de cette collection?

Dr FB: "Notre ambition est de nous adresser à ceux qui agissent au quotidien sur le terrain. Nous souhaitons leur parler de ce qu'ils vivent tous les jours, confrontés aux difficultés d'implanter des programmes les plus proches possible de la population. Nous traiterons de la méthodologie, bien sûr, mais aussi des aspects très pratiques comme le financement ou les outils de communication.

Comment se présenteront les volumes de la collection?

Dr FB: "Tous les ouvrages s'articulent autour de trois parties:

- la première, à dominante théorique, permet aux acteurs de terrain d'approfondir leurs connaissances et leurs ré-

flexions sur le sujet traité. Le CFES a fait appel à des auteurs reconnus, souvent des chercheurs ou des "décideurs". Ces derniers explorent en profondeur les aspects conceptuels du sujet abordé. Il y a donc là, un apport de connaissances et une approche fondamentale de la question;

- la seconde partie est beaucoup plus pratique: le CFES a sollicité des professionnels de terrain afin qu'ils puissent restituer leurs pratiques. Ce sont en général des équipes de différentes régions de France ayant mené des programmes de promotion de la santé depuis de nombreuses années. Elles ont une expérience validée sur le sujet;

- chaque ouvrage se termine par une importante bibliographie avec des adresses utiles, des ouvrages, des références de supports éducatifs (films, brochures...) et d'articles.

Ces guides traitent la santé de façon globale grâce à plusieurs approches: par population (adolescence, publics en difficulté, 3ème âge...), par thème (accidents, nutrition, sida...) et par lieu de vie (école, entreprise, hôpital...).

Les premiers titres parus en 1993 sont: - "La prévention des accidents domestiques de l'enfant" (nous le présentons dans ce numéro);

La Santé de l'Homme

Le Comité Français d'Education pour la Santé édite également une revue bimestrielle, "La Santé de l'Homme". Cette publication propose régulièrement à ses lecteurs des dossiers thématiques.

Ainsi, le numéro 304 de mars/avril 1993 présente un dossier intitulé "Le système de santé - ressources et performances", avec au sommaire:

- les besoins en santé;
- les contours économiques du système de santé français;
- questions sur le financement du système de santé;
- vers une fonction de production du système de santé?

Le dossier du numéro 305, mai/juin 1993, s'intitule quant à lui "Allergies: quand les défenses attaquent..."

L'abonnement à La Santé de l'Homme coûte pour la Belgique 140FF pour un an (6 numéros).

- "Parler du sida avec les adolescents: une histoire d'amour" (voir la bibliographie commentée "Les âges de la vie" dans ce numéro);
 - "RMI et santé"
 - "Alimentation et petit budget".
- Les prochains titres à paraître sont:
- "Adolescence plurielle";
 - "Santé et avance en âge";
 - "Education pour la santé à l'école".

Les livres de la collection "La santé en action" sont diffusés par le CFES au prix unitaire de 95 FF + frais d'envoi. Ils peuvent être commandés au Comité français d'éducation pour la santé, 2 rue Auguste Comte, 92170 Vanves. Tél.: (1) 46.45.45.00. Fax: (1) 46.44.06.64.■

La prévention des accidents

En France, comme chez nous, les accidents de la vie courante sont un réel problème de santé publique par leur fréquence et leur gravité.

Depuis plus de dix ans, des campagnes nationales, régionales et locales de prévention des accidents domestiques de l'enfant (public-cible des accidents) y ont été organisées.

Au fil des années, grâce à l'expérience et la compétence des intervenants, le souci de la rigueur méthodologique et le souci de l'évaluation se sont accrus.

L'ouvrage collectif édité par le CFES rassemble dans un même document une approche théorique et une approche pratique de la question, toutes deux issues des recherches et des expériences des spécialistes et des équipes qui ont fait leur preuve en France.

Nous épingleons ici un chapitre écrit par Anne Turz, qui met en évidence les facteurs influant sur le succès ou l'échec des actions de prévention. Par exemple, le fait que toute mesure qui demande aux individus un effort important ou une répétition d'actions est souvent mal acceptée, ou encore que les actions d'information et d'éducation les plus appropriées semblent être celles dans lesquelles on informe les parents des étapes du développement de leur enfant. De quoi nous faire réfléchir avant d'entamer un projet.

vingtaine de résolutions qui ont été entérinées par le Bureau exécutif le 24 octobre 1993.

Ces documents sont disponibles auprès des correspondants pour tous ceux qui voudraient les consulter (1).

Je vous laisse sur ce poème de Gilles Vigneault: "On a pour nommer l'espace, qu'un pas qui passe, de l'eau à l'eau".

Lise Langevin, Responsable du Bureau de Liaison. ■

(1) Pour la Belgique: Centre de Coordination Communautaire, rue de la Concorde 56, 1050 Bruxelles, tél. 02/512.42.23. En tant que correspondant de la Communauté française de Belgique, il organisera la première assemblée générale de notre section lors du premier trimestre 1994.

PROGRAMMATION 1993-1994			
THEME GENERAL - L'enfant dans sa famille et son environnement			
PROGRAMME	ORIENTATIONS / ACTIVITES	RESPONSABLE	ECHEANCIER
Echange entre les membres	- Favoriser l'aiguillage entre équipes partageant les mêmes préoccupations - Rôle du correspondant: aider les membres à formuler leur demande auprès des autres sections et Bureau de liaison	Correspondant / Bureau de liaison	Septembre 1993 à juin 1994
Support aux sections	- Circulation rapide des informations entre les sections - Recherche de financement complémentaire - Favoriser les relais existants - Partage de certains services entre les sections à faire connaître au Bureau de liaison	- Tour de rôle pour envoi d'une lettre mensuelle - Comité exécutif - Chaque correspondant	
Publication de "Partage" (4 numéros)	- Favoriser la diffusion la plus large possible - Favoriser la qualité de l'information en promotion de la santé - Partage de la rédaction	- Production: Bureau de liaison - Diffusion: voir plan pour chaque section	Octobre 1993 Décembre 1993 Mars 1994 Mai 1994
Evaluation (projet Baudier, recherche-action)	- Service auprès des correspondants - Partage d'expertise	(Si acceptation du CFES) personnes intéressées: Lise LANGEVIN, Dosithée NGO BEBE, Annette CRISINEL	Décembre 1993
Formation	- Evaluation des besoins des sections avec les correspondants - Répertoire des organismes de formation en promotion de la santé - Méthodologie de formation pour projet en promotion de la santé - adaptabilité Nord-Sud	Jean-Claude MEURIOT Annette CRISINEL Bill CHAPUISOT	Février 1994 Novembre 1994
Publication du "Livre en quête d'auteurs"	- Participation de toutes les sections avec le support des correspondants - Ouvrir une collection en promotion de la santé - Partenariat financier	Comité de rédaction: Maryse WANLIN, Jean-Baptiste ELIAS, Hassen GHANNEM, Dosithée NGO BEBE, François BAUDIER	Juin 1994
Congrès 1994	- Recherche de financement pour membres REFIPS et correspondants du Sud - Préparation de la soirée REFIPS - Assemblée Générale - Communication avec comité organisateur	Exécutif	Juillet 1993 à novembre 1993
Documentation	- Examen et rédaction d'une réponse à la proposition du groupe documentaire - Elaboration d'une programmation pour la première année	Exécutif	Septembre 1993
Comité pour la Reconnaissance de la Santé en Francophonie (CORSAF)	- Intensification pour les pays du Sud - Contacts personnalisés - Préparation d'une réunion des ministres de la santé pour 1995	Denis L'HEUREUX et comité	Septembre 1993 Après rencontre de Maurice
Représentation	Promotion du REFIPS, recherche de partenaires - niveau local, régional et national - niveau international (OMS, AUIPEL-UREF, UNICEF, UIIPES, ACCT)	Correspondant Président et Bureau de liaison	Septembre à mai 1994

La vie quotidienne avant l'an 2000

(extrait d'un manuel scolaire publié en 3020 à Namur)

"... En ces temps-là, une partie de la population "tombeait" souvent malade. Pour ces pauvres gens, la santé était synonyme d'"absence de maladie", elle était gérée par des spécialistes et ne leur appartenait pas.

Leur perception des signes avant-coureurs de maladie était très atrophiée. Ils respectaient mal les règles de protection de la santé car ils ne les comprenaient pas.

Ce temps est révolu. Dès le début de l'ère de la communication (l'ère du Verseau), l'action dynamique de nos philosophes éclairés, qu'on appelait "ministres", a sorti le peuple bruxellois et wallon du tombeau de la maladie.

Après des siècles et des siècles d'éclairage, l'éducation pour la santé peut plier bagage: aujourd'hui, tout le monde se comprend.

Les spécialistes de la santé utilisent un langage compris de tous et chacun arrive à exprimer les plaintes de son corps. Les règles élémentaires de prévention sont comprises, intégrées et appliquées de tous.

D'autre part, les connaissances transmises par les anciens, de type philosophique, technique, scientifique,... sont envisagées et traitées avec sérénité par tous. Les comportements de chacun résultent d'un choix personnel."

Nicole Tinant, Cultures et Santé

Liège, an 18 de l'ère nouvelle, 3 septembre.

06 H 32

Ce matin, c'est le camion des poubelles sélectives qui m'a réveillé. Il fait gris et la pluie ne cesse de tomber. Que vais-je faire de ma journée? Cela fait déjà trois ans que je suis sans emploi. J'en ai par-dessus la tête de dormir sous les ponts. Je rêve encore du temps où les hommes mangeaient des hamburgers, buvaient n'importe quoi, dormaient peu et étaient constamment malades.

Zut, je me rendors.

8 H 10

Nouveau réveil. Cette fois, c'est un oiseau qui s'est "oublié" sur mon crâne. Le cauchemar continue, il y a même des volatiles en ville.

Les fonctionnaires marchent calmement dans les rues, les voitures sont à la casse et les bus électriques circulent sans bruit.

J'ai faim.

Dans ce bistrot, c'est affreux: pas de bière, pas d'alcool,... que du jus de fruits, moi qui ai horreur de cela. Je deviens nerveux; je fumerais bien une cigarette mais cela devient introuvable et au marché noir elles sont hors de prix: plus d'alcool, plus de tabac, plus de drogue... je vais succomber.

10 H 23

Ca y est, depuis qu'ils ont planté des arbres et des fleurs dans toutes les rues de la cité, mes allergies reprennent. J'ai horreur des fleurs.

A chaque coin de rue, des flâneurs endimanchés veulent prendre soin de ma santé: comment ça va par ci, comment ça va par là... Faut dire qu'avec mes guenilles, je n'ai pas le look actuel.

11 H 12

Je rencontre un ex-collègue. Il me dit qu'à la campagne ce n'est pas mieux. Les gens circulent en calèche, à cheval ou en vélo. Il n'y a même plus de réveil-matin, c'est le coq qui a repris sa fonction initiale.

13 H 05

Si je n'avale pas quelque chose, je vais frôler l'hypoglycémie. C'est un comble: impossible de trouver autre chose qu'un resto-bio: j'aime pas les légumes.

Un brave homme m'offre un sandwich au pain complet et à la salade de son jardin et bien sûr, pas de saucisse, pas de ketchup.

17 H 06

J'ai fait la manche tout l'après-midi. Je n'aime plus les hommes mais pour donner, ils sont forts. Avec ce que j'ai reçu, je vais aller voir un bon vieux film, ça me changera les idées. Il y a justement une rétrospective sur

ce qu'ils appellent "l'ancienne décadence".

Moi, j'aime ce genre de film. Ce soir, ils jouent "La grande bouffe".

Karl Heuse, membre de l'équipe Croix Rouge du Luxembourg.

Extrait du journal d'un ex-éducateur pour la santé

Je propose tout simplement qu'on cesse de s'intéresser prioritairement aux modes de vie et aux comportements des gens, pour s'intéresser à leurs modes de raisonnement et à leurs cultures, dans un environnement polarisé. L'élan premier de "l'humanisme de santé publique" ne serait plus, alors, de détecter les fauteurs de troubles pour les amener à résipiscence, mais de comprendre les mécanismes, individuels et collectifs, de tout cheminement menant à un état sanitaire donné - que nous le qualifions de "bon" ou de "mauvais".

Le pari d'un tel revirement serait qu'au bout du compte notre image du trouble soit salutairement troublée; que le mythe de notre "extériorité" idéologique et existentielle par rapport à notre objet de travail et de réflexion (le bien-être d'autres sujets) vole en éclat (les adeptes des groupes Balint en font bien autant dans le domaine des soins curatifs): et ainsi que notre urgence à agir ne se départisse plus d'une urgence à comprendre sur quoi nous agissons.

Au cas - il ne faut jamais écarter aucune hypothèse - où cette démarche radicalement nouvelle s'avérerait perverse, je vous propose d'en reparler en novembre 1998, à l'occasion de la commémoration, dans ces colonnes, du dixième anniversaire de la réglementation du secteur "Education pour la santé" en Communauté française.

Thierry Poucet

(conseils de l'auteur: à consommer comme un trou normand entre une thèse hypercalorique sur l'éthique du sponsoring en éducation pour la santé et un colloque indigeste sur le paradigme interactif en promotion de la santé)

Informé pour agir en éducation pour la santé. Pour les promoteurs de la santé que nous sommes, nous nous devons d'informer, de partager avec l'autre notre savoir, qui devient un pouvoir pour lui. Il peut alors mieux choisir et peut-être agir en conséquence.

Cependant, suffit-il d'informer sur ce qu'il faut faire ou ne pas faire? Et que faire pour que le public devienne un acteur potentiel en matière de santé?

Certes, l'information n'est pas promesse de changement et à elle seule ne suffit pas. Il est cependant certain que l'absence d'information complète, claire, motivante est une garantie de non-changement.

L'explication, le pourquoi approfondi du fondement des informations est souvent télescopé dans notre manière d'aborder les problématiques.

C'est ici que je me mets à rêver, l'information serait un jeu de construction en direct avec l'acteur potentiel poussé jusqu'au cœur de l'explication.

Mon rêve serait donc que l'information en éducation pour la santé porte davantage sur les bases des raisons du changement préconisé plus que sur ses modalités; qu'elle soit construite avec l'acteur visé, le plus souvent possible; qu'elle rende à chacun un corps unifié, sans cloisonnement, entre santé physique et mentale par exemple.

Agir parce que bien informé sur comment fonctionne et se vit la santé. Forger ensemble les clés de la santé.

Jeanne-Marie Delvaux, Femmes Prévoyantes Socialistes de Liège, Espace Santé

L'arrivée de la réglementation en éducation pour la santé a certainement apporté un "plus" au secteur. Néanmoins, il ne s'agit là que d'un petit pas en avant. Nous sommes encore loin d'une réelle promotion de la santé.

La santé reconnue comme un facteur de développement de la population

impliquerait le choix d'une politique de santé cohérente définissant des priorités.

Cette philosophie prône le décloisonnement des secteurs qui influent directement ou indirectement la santé (économie, social, culturel, enseignement, environnement, logement,...).

Un support intense aux initiatives locales est probablement le meilleur moyen d'appliquer et d'appuyer une politique de santé globale.

La commune n'est-elle pas l'échelon le plus proche du citoyen?

Cela signifie une collaboration et une concertation étroites entre les différents niveaux de pouvoir et de décision, une reconnaissance de la santé comme une priorité par les élus communaux, une participation des relais locaux et de la population.

Que manque-t-il pour y parvenir?

1. de récolter des données épidémiologiques locales et de développer des indicateurs de santé positifs. Les observatoires de santé devraient d'ici peu combler ce vide.
2. de développer l'action communautaire en sensibilisant les habitants à devenir acteur de leur propre santé et de celle de la collectivité. La création d'un service de promotion de la santé dans les communes aurait pour rôle d'inciter le public à développer des projets correspondant à leurs intérêts, à leurs besoins avec l'aide et le soutien des politiques et des relais de leur commune.
3. de renforcer les structures locales et communautaires en mesure d'apporter une aide méthodologique à la mise en oeuvre, au développement et au suivi des projets locaux. Ces services sont les commissions locales de coordination, le centre de coordination communautaire et les services agréés aux éducateurs.

Si la commune doit retenir toute notre attention comme milieu d'intervention, soyons attentifs à ne pas vivre en vase clos; veillons à développer les

échanges et collaborations entre les différents réseaux internationaux ayant des intérêts communs.

Tout ceci n'est peut-être qu'un beau rêve qui nécessite une volonté politique accompagnée des moyens de l'appliquer. Mais avoir un idéal, défendre ses idées et garder l'espoir ne sont-ils pas la meilleure façon de vivre!

Martine Spitaels, Centre de Coordination Communautaire

Mon souhait: un secteur d'activités qui, par son organisation et sa façon de travailler, cumulerait les richesses d'une structure éclatée et l'efficacité d'une offre cohérente de services à la population. C'est peut-être pour dans 5 ans...

Christian De Bock, rédacteur en chef de la revue Education Santé

C'est avec grand plaisir que je rêve avec vous! Je suis une lectrice très fidèle de tous les périodiques qui touchent la promotion de la santé, l'environnement, le développement humain... J'aime être stimulée par les idées créatrices de bonheur et de bien-être. J'aime faire connaître auprès de mon réseau personnel et professionnel les "bons coups", les solutions et les moyens et également les regards critiques sur les interventions auprès des populations.

Mon rêve pour votre revue... qu'elle me parvienne toujours avec cette belle qualité, que l'information se répande le plus loin possible (auprès de tous les professionnels francophones) et le plus proche des communautés. Bravo! Au plaisir de vous lire encore! Plus spécifiquement, j'aimerais que votre revue publie des numéros thématiques avec toute la globalité possible sur un thème ou une population (ex: les travaux poursuivis par notre comité sur la maltraitance ou le suicide chez les jeunes ou autres).

Lise Langevin, membre québécoise du REFIPS ■

Un séminaire namurois

Les correspondants du Réseau francophone international pour la promotion de la santé avaient choisi Namur pour leur rencontre annuelle de 1993.

Grâce au soutien du Centre de Coordination Communautaire en éducation pour la santé, la deuxième réunion annuelle des Correspondants du REFIPS a pu avoir lieu dans les meilleures conditions. La première rencontre s'était déroulée à Sousse, en Tunisie, en avril 1992, avec le concours de Hassen Ghannem (correspondant de l'Afrique du Nord).

A l'exception de notre relais des Antilles et de la Guyane (suite à des remous politiques en Haïti), tous les correspondants ont pu être présents. Élément important si l'on sait que 40% du temps de préparation de la réunion a dû être consacré à résoudre les difficultés de déplacement et de communication avec les pays en voie de développement. Pour la première fois, la section suisse a été représentée par Annette Crisinel et Bill Chapuisot. Tous ont donc pu participer durant quatre jours (du 5 au 8 juillet) au devenir de notre association basée sur le partage des connaissances en promotion de la santé dans les communautés francophones.

Un ordre du jour chargé, préparé par et pour les participants, nous a centrés sur un concept de base, le **maillage de nos forces et le partage de nos valeurs**.

Nous avons pu bénéficier du soutien financier et logistique du Commissariat Général aux Relations Internationales, du Ministère de la Communauté française et de la Province de Namur.

Un ordre du jour chargé

Notre orientation générale était de "développer notre association en vue de répondre au mieux au partage des connaissances des professionnels de la santé de chaque communauté francophone".

Les objectifs de la rencontre étaient principalement de faire le bilan des activités réalisées par le Bureau de Liaison et chacune des sections; de préciser le rôle des correspondants; enfin de déga-

ger un plan d'action pour la prochaine année dans une perspective triennale.

Les correspondants ont pu exprimer leur réalité face au partage des connaissances. Le défi du réseau depuis 1991 a toujours été de réduire les inégalités en augmentant les chances pour les communautés francophones d'Afrique de s'exprimer et faire valoir leur point de vue pour le mieux-être de chaque communauté.

Au cours de la prochaine année, nous conserverons cet objectif en publiant régulièrement notre bulletin de liaison Partage, diffusé à plus de 1200 personnes en francophonie. A ce titre, on soulignera l'effort important des correspondants du Sud pour trouver des points de chute de l'information dans chaque communauté. Le correspondant de l'Afrique de l'Ouest, à titre d'exemple, a constitué une liste de plus de 400 personnes, sensibilisées au REFIPS et son action, qui élargira la portée de l'information en promotion de la santé. Afin de concrétiser le partage, nous avons en outre décidé que la responsabilité rédactionnelle de notre bulletin de liaison serait attribuée, à tour de rôle, aux différentes sections constitutives du REFIPS.

Le rôle du correspondant a été amplement discuté. En bref, le correspondant devient le maître d'oeuvre du REFIPS dans sa Communauté. Il est le partenaire privilégié pour le Bureau de Liaison. Il reçoit l'information et la diffuse; il récolte les demandes de son milieu et établit le plan de travail pour y répondre adéquatement.

Des priorités

En 1991 se profilait déjà le besoin de créer un centre de documentation francophone en promotion de la santé. Le Comité français d'Education pour la Santé a pris ce dossier en main et a réalisé, parallèlement à la rencontre des correspondants (mêmes lieu et date), une réunion des documentalistes recrutés dans les sections du Québec, de Suisse, de France et de Belgique. Un représentant du Burkina Faso a pu y présenter les besoins en documentation pour les communautés du Sud. Dès à présent, un plan de création de liaisons

entre les centres de documentation francophones a pu être établi.

Des partenaires

L'Union Internationale de Promotion et d'Education pour la Santé (U.I.P.E.S.) était présente par la voix de sa Directrice. Son plan directeur prévoit la participation du REFIPS aux travaux futurs: colloque international à Lille; constitution d'une liste d'experts francophones qui ont "de l'influence" en promotion de la santé; partage d'informations dans la revue Hygie de l'UIPES; regroupement des francophones lors des prochaines manifestations de l'Union Internationale.

Réciproquement, le REFIPS et l'UIPES ont acquis une connaissance sur le devenir et le partenariat nécessaire aux deux associations.

Le prochain congrès

Une bonne partie des travaux a été consacrée à la préparation du prochain congrès du REFIPS qui aura lieu à Lille du 28 juin au 3 juillet 1994 (nous en présenterons une annonce détaillée dans notre numéro du mois de décembre). La participation des acteurs du terrain, tant du Nord que du Sud, restera un défi de taille pour les prochains mois. Pour y arriver, nous nous acharnerons à trouver des partenaires financiers, dont les différents gouvernements et l'Agence de Coopération Culturelle et Technique de la Francophonie.

Une programmation ambitieuse

A la fin des quatre jours de travail, nous avons tenté de rendre concrètes les orientations choisies, comme l'indique le tableau de programmation pour la prochaine année (1993-1994) reproduit ci-contre.

Un compte rendu officiel des débats a été réalisé avec le concours de chaque correspondant. Le Président du REFIPS a pour sa part rédigé une

d'un repas sandwichs; deux jours avec passage dans tous les services pour la collation de dix heures et la présentation générale de la semaine.

De nombreux supports ont été utilisés: un stand d'information au réfectoire, un jeu concours à travers toute la semaine ainsi que la participation d'une diététicienne de l'ICAN.

Au total, l'organisation de cette semaine a été portée par une équipe motivée et enthousiaste de 10 personnes. De nombreux membres du personnel y ont également collaboré.

La participation du personnel a été très importante: intérêt pour les informations reçues, enthousiasme pour le jeu concours... Voici quelques réac-

tions: "A quand la prochaine? Ce fut très agréable. Une ambiance jamais vue au réfectoire! Super, à refaire!"

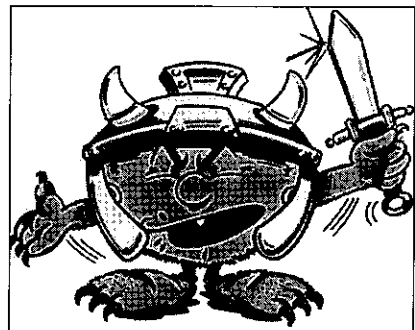
Pour obtenir le dossier ou pour tout renseignement, vous pouvez contacter Nicole Elias, Infor Santé, Mutualité Chrétienne de Liège, place du XX août 38, 4000 Liège, Tél.: 041/21.74.13. ■

■ Campagne contre la pédiculose

Comme à chaque début d'année, les informations foisonnent sur le problème de l'infestation par les poux en milieu scolaire.

Le Ministre bruxellois de la Santé Jean-Louis Thys lance cette année une campagne d'information et de prévention destinée aux enseignants et aux parents, principalement afin de limiter les préjugés qui circulent encore souvent sur la pédiculose et sur les problèmes de culpabilisation des familles et de rejet des enfants infestés.

Les médecins et les pharmaciens seront associés à la campagne, qui a obtenu le soutien de l'hebdomadaire "Le Généraliste", de la société Procter & Gamble, de la Société Scientifique de Médecine Générale,



et de la Fédération des Pharmaciens de Bruxelles.

Comme support à cette campagne, trois outils seront diffusés: une brochure et une affiche réalisées par Procter & Gamble seront envoyées aux directeurs d'établissements scolaires de l'enseignement fondamental,

aux enseignants, aux médecins et aux pharmaciens; un jeu sous forme de cartes questions-réponses sera envoyé aux écoles.

Dans un deuxième temps, les écoles pourront participer à un concours de création d'affiches de prévention, inspirées par le contenu de la brochure. Les trois meilleures affiches seront primées, éditées et diffusées dans les écoles.

Signalons aussi la fiche "Les poux", éditée par Question Santé. Elle explique très clairement les traitements à envisager.

Cabinet du Ministre Jean-Louis Thys, Campagne contre la pédiculose, Boulevard du Régent 21, 1000 Bruxelles, tél. 02/506.33.11.

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

■ S.O.S. Viol

Le viol est un crime. La personne qui l'a subi voit sa personnalité ébranlée, voire détruite. Elle a besoin d'un accompagnement, tant matériel qu'humain. Miet Smet, lors de son mandat à l'Emancipation sociale, a prévu de mettre sur pied un accueil dans les hôpitaux universitaires, avec gynécologues, psychologues et spécialistes de la Police Judiciaire (Bureau de Répression des Agressions Sexuelles).

Cette initiative représente un grand pas vers une meilleure prise en compte des besoins des victimes. Toutefois, nous savons par expérience qu'étant donné le traumatisme subi à un niveau aussi intime, il convient d'offrir une alternative, un lieu d'accueil plus personnalisé, moins impersonnel.

Pouvoir en parler, être soutenue, dépasser ses peurs sont les besoins les



plus urgents ressentis par la victime. C'est ce qu'exprime le sigle de S.O.S. Viol, une bouée sans fil: l'association est un groupe de soutien pour une période de transition, qui permet aux victimes de verbaliser leur souffrance pour mieux la dépasser, d'être soutenues dans les moments les plus durs (solitude, dépression, Tribunal, etc), et de retrouver leur autonomie. Cela se passe dans le respect de l'anonymat des personnes, et dans le cadre chaleureux de la Maison des Femmes, à Bruxelles.

S.O.S. Viol peut aussi aider les personnes qui hésitent à porter plainte ou à consulter un psychologue.

L'association a également pour objectif de sensibiliser le public sur la problématique du viol, que ce soit par des séances d'information dans les écoles ou par divers médias (presse, radio, télévision, affichage).

Bien que n'étant pas un organisme d'éducation pour la santé au sens strict, S.O.S. Viol a reçu en 1992 un subside d'encouragement de 150.000 FB du Ministre de la Santé de la Communauté française de Belgique.

Pascale Hoyois, administratrice S.O.S. Viol

S.O.S. Viol asbl, rue Blanche 29, 1050 Bruxelles. Tél.: 02/534.36.36. ■

■ N'oublions pas l'éthique!

Voilà déjà deux ans que les Journées d'échanges et d'étude organisées par le Centre de Diffusion de la Culture Sanitaire (CDCS) ont abordé la question "Quelle(s) éthique(s) en éducation pour la santé". A l'époque, Michel Demarteau (ES n°62), Thierry Poucet et Alain Deccache (ES n°63) nous avaient fait part de leurs réflexions. Deux ans plus tard, les actes de ces journées (en cours d'impression au moment d'écrire cet article) nous permettent de réalimenter le débat.

Ce débat, Madeleine Moulin l'introduisait par la question suivante: "Qu'est-ce que l'on fait lorsque l'on fait ce que l'on est en train de faire?". Cette question nous concerne tous: l'éthique se trouve en effet au coeur de l'action, de notre action.

Nous ne vous proposons pas une page sur "l'éthique après 5 ans de ré-lementation". Simplement, nous vous invitons à lire ou à relire les articles de ce dossier sous cet éclairage. En toile de fond, chacun exprime le sens, les valeurs qui sous-tendent son action en éducation pour la santé et les questions auxquelles il se trouve confronté.

Mon éthique, notre éthique

Dans l'article "Et si on rêvait", plusieurs personnes ont décrit ce vers quoi elles tendent en faisant de l'éducation pour la santé. On se rend ainsi compte que l'idéal des uns est, par-

fois, l'enfer des autres. L'échelle de valeurs de l'un se confronte à celle des autres. Reprenons à ce propos un extrait de l'intervention de Pierre de Locht lors des journées du CDCS: "L'éthique est donc d'abord un besoin, une requête personnelle. Mais je n'existe pas seul. Sous peine de se transformer en épreuve de force, dans laquelle je ne serai pas nécessairement gagnant, la rencontre d'autrui permet la prise de conscience de valeurs partagées. Mon éthique personnelle s'élargit, et l'éthique devient base et référence de vie commune."

Approche intégrée en éducation pour la santé

Les intervenants qui ont participé à l'article "Parole aux acteurs" illustrent la question de l'approche intégrée en éducation pour la santé. Quelle complémentarité entre spécialistes de l'éducation pour la santé et intervenants de terrain? Monique Van Dormael, dans un article complémentaire aux interventions des journées du CDCS, rappelle l'importance d'une stratégie d'intégration de l'éducation pour la santé plutôt qu'une stratégie de spécialisation. Voici, en bref, un des arguments éthiques qu'elle développe en faveur de l'intégration de l'éducation pour la santé: "Tout d'abord la relation individuelle permet le dialogue et l'adaptation de l'information, de manière à éviter les effets anxigènes ou de dépendance qu'elle peut engendrer pour un individu particulier. (...),

la relation personnelle préexiste pour les intervenants de première ligne, ce qui n'est pas le cas de spécialistes en éducation pour la santé qui auront davantage tendance à standardiser le message."

N'oublions pas le public!

S'il ne faut pas oublier les intervenants de première ligne, n'oublions pas non plus les individus, le public auquel nous nous adressons. Jacques Godbout rappelait la nécessité de reconnaître les valeurs des usagers: "Tout acte d'éducation implique une intervention sur les valeurs directement ou indirectement. Le secteur de la santé n'échappe pas à cette règle, principalement sous la forme de la prévention, surtout celle que l'on appelle la prévention primaire qui constitue une intervention directe sur les valeurs. (...) Le type d'intervention que suppose le secteur de la santé ne peut pas échapper aux valeurs. Mais la distance entre l'appareil institutionnel et son public rend très difficile l'intervention sur les valeurs. Une confrontation, pacifique si possible, est nécessaire, dans laquelle les valeurs des usagers sont reconnues."

Le débat éthique est ouvert; rappelons, si besoin est, que vous pouvez y prendre part en nous transmettant vos réflexions.

Place maintenant à Pierre Anselme qui nous propose une réflexion sur comment concilier l'éthique et le contexte pratique. ■

■ Du beurre dans les épinards

Concilier l'éthique et le contexte pratique

La question de l'éthique en éducation pour la santé est, ces derniers temps, posée à différents endroits avec, en corollaire, une interrogation sur ses conséquences déontologiques (1). Il est effectivement pertinent de se pencher sur ces deux notions sur le plan

théorique et qualitatif (précision des objectifs; adéquation des méthodes et moyens aux buts poursuivis; contrôle moral de ces objectifs; méthodes et moyens dans le cadre d'un respect des personnes et/ou d'un choix de société). Assez grossièrement, on pourrait dire que ressortent ici deux questions: "Quelle fin?" et "La fin justifie-t-elle les moyens?".

Revenant à des considérations parfois moins théoriques, il est tout aussi pertinent de se rappeler, lors d'un tel débat, que toutes les actions qui doivent

(1) Rappelons au passage les définitions, d'après le "Petit Robert", de l'éthique: - "art de diriger la conduite" - et de la déontologie: "ensemble des règles et des devoirs professionnels".

se développer sont indissociables du champ institutionnel qui les produit. Celui-ci est lui-même fortement déterminé par des données d'ordre économique: non seulement les choix budgétaires spécifiques à chaque institution, mais aussi (et peut-être surtout) la répartition pour laquelle opèrent les décideurs socio-politiques dans l'affectation des ressources. De ce point de vue, les dernières évolutions doivent plus que jamais être prises en compte si on veut éviter, demain, de n'avoir plus qu'une question exclusive: "La raréfaction de certains moyens justifie-t-elle tous les moyens substitutifs?". Ce préambule situe la volonté, dans cet article, d'entamer un répertoire, non exhaustif, de constats et questions plutôt que de tenter des réponses.

Le contexte budgétaire

Durant la dernière décennie, jusqu'en 1991, le budget réservé à l'éducation pour la santé s'était largement accru. Les données sont aujourd'hui différentes puisque, pour 1993, par rapport à 1992, c'est à une diminution du budget que nous assistons à la Communauté française (10 millions en chiffres absolus, mais plus de 10 millions si l'on considère que la reproduction d'un budget similaire à celui de l'an dernier aurait nécessité une augmentation du budget 1992, suivant le principe d'indexation, de plus ou moins 4 millions).

En outre, ce budget est ventilé suivant deux axes: l'un concerne la subvention des services agréés (aux éducateurs et de coordination), l'autre la part réservée aux projets d'action et/ou de recherche. Or, la proportion de l'affectation des ressources vers l'un et l'autre de ces deux axes se modifie également en fonction de deux données:

1° Si le budget global est en diminution et non indexé, la part réservée aux services agréés a été, indexée. La perte pour l'axe projets d'action et/ou de recherche est donc double: c'est là que porte la diminution globale du budget, à laquelle s'ajoute une diminution équivalente à l'indexation des subsides des services agréés.

2° L'agrément ces deux dernières années de nouveaux services aux éducateurs (Femmes Prévoyantes Socialistes, Vie Féminine, Cultures et Santé) réduit encore de près de 10 millions les sommes destinées aux projets d'action et/ou de recherche.

Cette description se veut objective. Elle ne constitue ni une critique des choix d'affectation du budget vers tel ou tel axe, ni une critique du choix budgétaire global posé par les responsables de la Communauté française. Simplement, ce constat nous oblige à prendre en compte les évolutions possibles des institutions face à la nécessité d'adapter leur fonctionnement au contexte financier.

Quelques adaptations possibles

Le choix de priorités

Ce mode d'adaptation consiste à déterminer des priorités strictes, pour limiter la quantité d'activités et les frais y afférents. Ces priorités peuvent être choisies à deux niveaux:

- comme le prévoit la réglementation, priorités émises par le Ministre compétent sur base des propositions exprimées par la Cellule Permanente Education pour la Santé;
- priorités décidées par les responsables de chaque institution suivant des procédures multiples et plus ou moins cohérentes.

La seconde éventualité, si l'on veut respecter une certaine éthique - au sens large du terme - consiste à poser les choix sur base de procédures valables plutôt qu'en fonction des "modes" du moment, plutôt qu'en poursuivant les habitudes pratiques de l'institution (immobilisme), plutôt qu'en faveur d'un pur subjectivisme des pouvoirs organisateurs ou des praticiens. En outre, l'absence de concertation dans l'établissement des priorités risquerait d'aboutir à une situation où tout le monde fait la même chose. Plane alors le danger d'une offre de services en inadéquation avec les besoins et d'un oubli des exigences en termes d'approche interthématique et intersectorielle. Enfin, on pourrait imaginer que les institutions

décident de ne s'investir "prioritairement" que par rapport à quelques projets dont la subsidiation est bien assurée ou intégrés à des organismes porteurs "très solides" (ampleur et sécurité budgétaire). Ceci se ferait au détriment de projets moins bien "assurés" matériellement, mais où se trouvent peut-être de réelles capacités d'innovation, où se trouvent peut-être des acteurs de santé (plus?) proches du terrain et de ses besoins.

La participation financière des bénéficiaires

Un autre mode d'adaptation face à la rareté des ressources se situe dans une logique de participation des bénéficiaires dans le financement de l'activité. Un service peut très bien décider qu'au-delà de certaines prestations, on doit considérer que les actes complémentaires ne font pas partie des fonctions subsidiées. Il est dès lors cohérent de facturer ces prestations auprès des bénéficiaires. Le principe est acceptable s'il est appliqué en évitant:

- une surtarification (quels tarifs?);
- une limitation trop stricte de ce que l'on considère être la part subsidiée de ses propres activités;
- une accession à ses services réservée à des institutions ayant suffisamment d'autonomie et de sécurité budgétaire; bloquant l'accès à d'autres organismes à l'économie beaucoup plus délicate - à l'image du risque de disparition des petits détaillants au profit des grandes surfaces.

Appels de dons, vente de gadgets

Une troisième formule possible est l'appel de dons auprès du public. Faire appel à la générosité du public constitue sans doute une piste acceptable, pour peu que la méthode de contact soit correcte et que l'institution ne finisse pas par ne plus avoir que la récolte de fonds pour principale activité (certains dérapages ont déjà été dénoncés, notamment dans Education Santé).

Le sponsoring et les collaborations avec le "privé"

Vu la crise économique et ses conséquences sur les finances publiques, une quatrième voie de maintien ou de

hospitaliers adhérant au réseau des "Hôpitaux sans tabac".

L'Oeuvre Belge du Cancer ne s'arrête pas là dans son action contre le tabagisme puisqu'elle vient d'ouvrir une ligne téléphonique (verte) "Tabac stop" pour aider les fumeurs qui veulent arrêter de fumer. Le numéro est le 078/11.22.21, accessible du lundi au vendredi de 12 à 14h.

D'autre part, le réseau belge des hôpitaux sans tabac se développe puisqu'à l'heure actuelle, 39 hôpitaux sur 220 en Communauté française ont déjà adhéré au réseau. Les projets sont de:

- réaliser un répertoire des problèmes liés au tabagisme à l'hôpital et aux réponses possibles. Ce document de réflexion sera destiné aux responsables hospitaliers;

- créer une banque de données pour répertorier les initiatives prises en matière de lutte contre le tabac dans les hôpitaux.

Pour tout renseignement complémentaire, contactez l'Oeuvre Belge du Cancer, rue Royale 217, 1210 Bruxelles, tél.: 02/225.82.90. ■

Santé et Cultures

Quand la relation soignant-soigné est interculturelle

Résonances est une asbl basée à Liège, où plus de 20% de la population est d'origine étrangère. Elle travaille à favoriser la rencontre et l'échange, et s'engage en faveur d'une véritable politique interculturelle, au travers d'animations dans les écoles, les centres de jeunes, les associations d'éducation permanente; elle réalise des formations à la demande, des conférences-débats, des soirées-rencontres, propose un centre de documentation, un journal bimestriel ou encore un réseau de "personnes-ressources".

En collaboration avec le Service de Sociologie de la Santé de l'Université de Liège, de l'asbl Cultures et Santé et de la Fédération des Maisons Médicales de Belgique, Résonances organise un colloque le 27 novembre 1993 à l'Université de Liège.

Cette manifestation vise à améliorer la communication entre le personnel des services de santé et les populations de cultures différentes vivant en Belgique.

Promotion de la santé en entreprise

La première semaine "santé" pour les 226 membres du personnel de la Mutualité Chrétienne de Liège s'est déroulée du 24 au 28 mai 1993.

Le slogan était "5 jours pour vivre autrement sur le thème de l'alimentation".

Pourquoi l'alimentation? (Un sondage avait été réalisé auprès des membres du personnel au mois de décembre 1992 concernant le bien-être du personnel dans l'entreprise. L'aménage-

On sait que les difficultés liées à la communication interculturelle ne se limitent pas à un problème d'ordre linguistique; une approche inadéquate de la différence culturelle constitue souvent un obstacle bien plus profond à une communication efficace et satisfaisante. D'autant plus quand il s'agit de questions de santé (sujet délicat, parfois tabou et étroitement lié à la culture).

Ce colloque s'adresse aux travailleurs de la santé, il envisage de promouvoir une "attitude interculturelle" ouverte, pertinente et critique afin d'éviter le piège des préjugés.

Il propose une information et des outils méthodologiques afin, d'une part, de rendre le travail du personnel soignant plus satisfaisant et d'autre part, d'apporter une aide plus efficace aux populations étrangères.

Voici le programme détaillé de la journée:

Matin - Exposés

- Aspects culturels du corps, de la santé et de la médecine, par C. Paulis, Laboratoire d'Anthropologie de la Communication, Université de Liège;

- Communiquer en matière de santé avec une population immigrée, L. Ferrant, Cultures et Santé / Centre Universitaire de Médecine Générale d'Anvers;

- Le psycho-somatique chez le patient immigré, A. Gailly, Centre d'Hygiène Mentale de Laeken.

Après-midi - Ateliers

- L'expression de la plainte, A. Gailly;
- Education à la santé pour la petite enfance: une expérience d'animation et de coordination en milieu immigré, J. Bocken et O. Akhan, Université de Liège;
- Maternité et sexualité chez la femme maghrébine, N. Hamdam, ASBL Femmes trait d'union;
- Le sida chez les patients africains, M. Louhenapessy, Service social des étrangers d'Ixelles.

Le colloque sera suivi de six journées de formation, organisées en collaboration avec Cultures et Santé.

Renseignements: Résonances, Giovanna Mancuso, rue Soeurs de Hasque 9, 4000 Liège, tél. 041/23.39.83. ■

ment du lieu de restauration et, en corollaire, l'alimentation faisaient partie des principales préoccupations des travailleurs.

L'objectif général était d'améliorer les habitudes alimentaires au travail (et en dehors) en jouant sur l'environnement nutritionnel qui conditionne d'ailleurs les habitudes: manger dans une ambiance agréable, c'est important, et bien manger, c'est facile.

Chaque jour de la semaine, un thème a été développé. Cela s'accompagnait d'une animation, d'une affiche, d'un slogan, d'un dépliant, de messages santé en lien avec le sujet du jour. Le personnel a aussi participé à des repas variés et équilibrés.

Concrètement cinq journées d'animation ont été organisées: deux jours d'animation au réfectoire proposant l'organisation d'un petit déjeuner et

Le cancer leur apparaît comme le premier risque encouru par le fumeur. La bronchite chronique de même que l'infarctus ne sont mentionnés que par un tiers des enfants et l'emphysème, par un quart des jeunes. Le manque de souffle est également répertorié comme une conséquence du tabagisme par une majorité d'entre eux.

Après l'action préventive des animateurs, une grande majorité des jeunes cite désormais la bronchite chronique parmi les maladies dues au tabagisme et près de la moitié des enfants mentionnent l'infarctus.

La perte de souffle est également mieux connue en tant que conséquence de la consommation de tabac.

Les animations ont donc joué un rôle tout à fait positif auprès des jeunes en faveur d'une meilleure assimilation des méfaits du tabagisme.

En ce qui concerne la perception de la publicité par les jeunes et son impact, ces derniers ne sont généralement pas dupes de ses objectifs, ce qui ne signifie pas qu'ils ne soient pas sensibles à ses arguments.

Le niveau des connaissances des jeunes avant les animations est identique en milieu favorisé et en milieu défavorisé.

D'autre part, le pourcentage d'abstention dans les réponses est plus important en milieu favorisé qu'en milieu défavorisé. Cette différence dans les pourcentages s'accroît avec la difficulté des questions.

Selon les animateurs, ceci est à mettre en relation avec le comportement des jeunes lors des animations. En milieu défavorisé, la proportion d'immigrés est importante et ceux-ci sont plus prompts à réagir, à répondre, quitte à

se tromper alors que la plupart des jeunes belges se montrent plus réservés et plus portés à la réflexion. Lors des tests également, le désir de répondre des jeunes immigrés a souvent dépassé la crainte des erreurs, la peur de ne pas savoir; dans l'immédiat, répondre est plus important à leurs yeux que la réponse elle-même.

Aussi, les propos des animateurs qui demandaient aux jeunes de ne pas répondre s'ils ne connaissaient pas la réponse eurent moins de portée en milieu défavorisé qu'en milieu favorisé.

La réduction de l'échantillonnage en milieu défavorisé lors des post-tests compromit malheureusement l'évaluation comparative des acquis suite aux animations suivant le milieu social.

En ce qui concerne les modules d'exploitation, ils ne rencontrèrent pas le succès escompté et ils ne furent pas toujours utilisés, soit par manque de temps soit par manque d'intérêt de la part des enseignants.

Néanmoins, certains éléments tels que le mode d'utilisation du "fumeur automatique" et le schéma de l'appareil respiratoire furent très fréquemment repris par les enseignants et méritent dès lors, d'être maintenus.

Par leur caractère ludique, les mots croisés trouvèrent un écho positif tant auprès des enseignants qu'auprès des jeunes.

En fait, il semble que les enseignants se soient orientés en priorité vers les modules les plus proches sur le plan du contenu ou de la méthode de ce qu'ils connaissaient et utilisaient dans le cadre de leur enseignement.

Hors de leurs schémas habituels, les enseignants paraissent craindre de ne pas pouvoir maîtriser les modules

proposés et cela, alors que les réponses aux questions et les solutions aux jeux leur avaient été fournies avec l'ensemble des modules.

Bilan et perspectives

Les résultats positifs de l'évaluation incitent l'Action Anti-Tabac à poursuivre sa mission sur base des modules d'animation réalisés en collaboration avec la FARES.

Par contre, les modules d'exploitation doivent être revus et certains éléments tels que les mots croisés pourraient être facilement insérés dans une brochure dont nous prévoyons la réalisation. Remise aux jeunes en fin d'animation, cette dernière constituerait d'une part, un outil de prolongement aux animations et, d'autre part, aiderait les jeunes dans leur rôle de relais auprès de leur entourage. Lors des animations, les jeunes témoignent très souvent de leur inquiétude pour leurs proches fumeurs. Ils disent aussi leur désir de pouvoir disposer d'un outil qui leur permette de mieux transmettre notre message-santé auprès de leur entourage. La réalisation de cette brochure permettrait de dépasser le cadre strictement scolaire pour toucher leur environnement familial et le responsabiliser en matière d'éducation pour la santé.

Cette étude a pu être réalisée grâce au soutien du Ministère de la Santé de la Communauté française.

Marianne Piraux, Coordinatrice Action Anti-Tabac

Coordination Action Anti-Tabac, rue du Président 55, 1050 Bruxelles. Tél.: 02/502.39.94. ■

Des articles seront également consacrés à cette campagne dans les journaux "Le Généraliste" et "Semper", permettant ainsi aux médecins de commander les affiches et les brochures nécessaires à leurs cabinets de consultations.

Enfin des stands seront tenus par les Centres Régionaux de l'Oeuvre Belge du Cancer dans les services de pédiatrie et de maternité des établissements

développement de nos organismes se situe dans la recherche de collaboration avec le secteur "privé" ou commercial. Là aussi, le principe est certainement tout à fait acceptable, voire indispensable pour notre avenir. Mais tout comme dans les points précédents, évitons les dangers d'une mauvaise application du principe:

- risque, face au nombre limité de sponsors potentiels, de développement d'une concurrence entre les services avec pour conséquence des stratégies du type "chasse gardée" ou "rétention absolue d'informations avant le lancement public d'une action"; risque subséquent de création d'un monopole de certains organismes dans l'accès aux sponsors.

- risque, si les négociations sont menées sur de mauvaises bases, de récupération des actions par "le privé" au détriment de la valorisation, de la visualisation de nos institutions.

- risque, si les sponsors sont mal sélectionnés, d'aboutir à une discordance entre les objectifs de santé d'un programme et l'objet social ou commercial du sponsor.

- risque, enfin, de ne plus se centrer que sur les sujets intéressant les sponsors dans le cadre de leur propre image de "la société", de "leur société". Nous savons en effet que ce sont les sujets à forte visibilité sociale, correspondant aux "modes" médiatisées, qui retiennent le plus l'attention des non-professionnels. Des actions justifiées en

termes de besoins de santé publique, mais n'intéressant pas "le privé" seraient alors laissées sur le côté...

Pas de conclusion

Comme signalé dans l'introduction de cet article, il s'agissait de relever une série de constats et de questions; pas d'y apporter réponse.

Et pour cause... Cette réponse ne peut provenir que d'une réflexion concertée. Nous ne pouvons donc conclure, mais souhaitons au contraire que s'ouvre le nécessaire dialogue. Pourquoi ne pas le poursuivre en transmettant vos réflexions à Education Santé, en vue de les partager avec les autres lecteurs?

Pierre Anselme ■

Le Centre néerlandais de promotion et d'éducation pour la santé

Ce texte est le compte rendu d'une visite effectuée dans le cadre du 3ème Congrès Européen de l'Union Internationale de Promotion et d'Education pour la Santé

Présentation générale

L'Instituut voor Gezondheidsbevordering en Preventie est subsidié depuis 1981 par le Ministère néerlandais du Bien-Être, de la Santé et des Affaires Sociales pour veiller à la qualité de l'éducation pour la santé aux Pays-Bas. Il emploie actuellement plus de 80 personnes.

Cette structure centralisée s'adresse d'abord aux professionnels de la santé dans différents domaines. Elle compte parmi ses interlocuteurs privilégiés des coordinateurs de centres de santé communaux, des responsables de groupes d'entraide, des formateurs et divers relais "santé".

Ses missions essentielles consistent à:

- récolter les données utiles en éducation pour la santé;
- émettre des avis et proposer un support méthodologique aux professionnels et aux associations;
- organiser des conférences et des formations;

- collaborer avec les organisations de terrain et de recherche;
- concevoir du matériel d'éducation;
- faciliter l'utilisation des outils pédagogiques existants.

Dans ce cadre, il faut signaler que le centre participe actuellement à la réalisation d'un soap-opéra sur un thème de la santé à l'intention de la chaîne nationale de télévision.

Le centre est représenté dans une centaine de commissions, groupes de travail, conseils d'administration, tant à l'échelon national qu'international. Il est aussi depuis le 1er janvier 1992 le siège du Bureau Européen de l'Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé.

Comme nous le voyons page suivante, cette organisation est structurée en 3 départements majeurs. Ces départements travaillent en réseau. Les projets mis en oeuvre sont des projets annuels et des projets permanents.

Chacune de ces sections est à la disposition des professionnels et des acteurs de terrain. Lors de notre visite, il nous a été vivement conseillé de ne pas hésiter à prendre contact avec l'une ou l'autre d'entre elles pour obtenir, par exemple, des informations nécessaires à nos projets.

Le département Développement et Réalisation

La section éducation occupe à elle seule 16 personnes (pour rappel, nous sommes 5 équivalents temps plein à la Croix-Rouge...). Cette section s'est vue octroyer des fonds publics du Ministère de l'Education pour mettre sur pied plusieurs types de programme principalement dirigés vers l'école secondaire.

Les projets visent à mettre au point des curricula complets et à développer du matériel pédagogique. Sont pour le moment en cours: un programme global appelé "Vivre Ensemble" et un programme "Soins de Santé et Hygiène".

Des programmes plus spécifiques s'appliquent à la lutte contre le harcèlement sexuel, à l'acquisition de compétences sociales dans les domaines de la prévention du sida et des abus sexuels (adresse: Sectie Onderwijs, Adriaen van Ostadelaan 140, 3583 AM Utrecht. Tél.: 030-543888 / Fax: 030-543797).

La section santé mentale se consacre actuellement à un programme de prévention du suicide et s'intéresse de

Le tabagisme passif des enfants

Le tabagisme passif est particulièrement dangereux pendant la grossesse ou l'enfance.

C'est pourquoi, l'Oeuvre Belge du Cancer et l'Office de la Naissance et de l'Enfance ont décidé de joindre leurs efforts pour sensibiliser les femmes enceintes et les parents de jeunes enfants par une campagne intitulée "Le tabac des grands nuit aussi à la santé des petits. Protégez-les!".

Les affiches et brochures créées à cette occasion sont diffusées via l'ONE (crèches, consultations de nourrissons,...) ainsi que chez les gynécologues et les pédiatres. La brochure sera également incluse dans le colis "Téléman" (offert à toutes les mères qui viennent d'accoucher). Il est aussi possible d'obtenir ce matériel sur simple demande adressée à l'Oeuvre Belge du Cancer.

près aux problèmes des parents handicapés mentaux et malades mentaux. Ce travail de base s'effectue en liaison étroite avec les centres de Santé Mentale.

La section **éducation du patient** organise des formations destinées au personnel hospitalier (infirmières et médecins). Elle met au point du matériel pédagogique pour les infirmières chargées de l'accompagnement de patients.

La section **milieu de travail** centre ses intérêts sur l'élaboration d'un manuel destiné à faciliter l'implantation de réglementations "santé" dans les milieux de travail. Elle effectue un relevé des programmes de santé destinés aux entreprises.

La section **soins à domicile**, plus récente, travaille en collaboration avec les services locaux de soins à domicile et organise des cours de soins aux personnes âgées et aux patients ayant des troubles du sommeil. Ces formations sont des modules de base conçus dans l'optique des soins de santé primaire.

Enfin la section **recherche et qualité** coordonne diverses recherches et organise des sessions de formation spécifiques pour les éducateurs pour la santé.

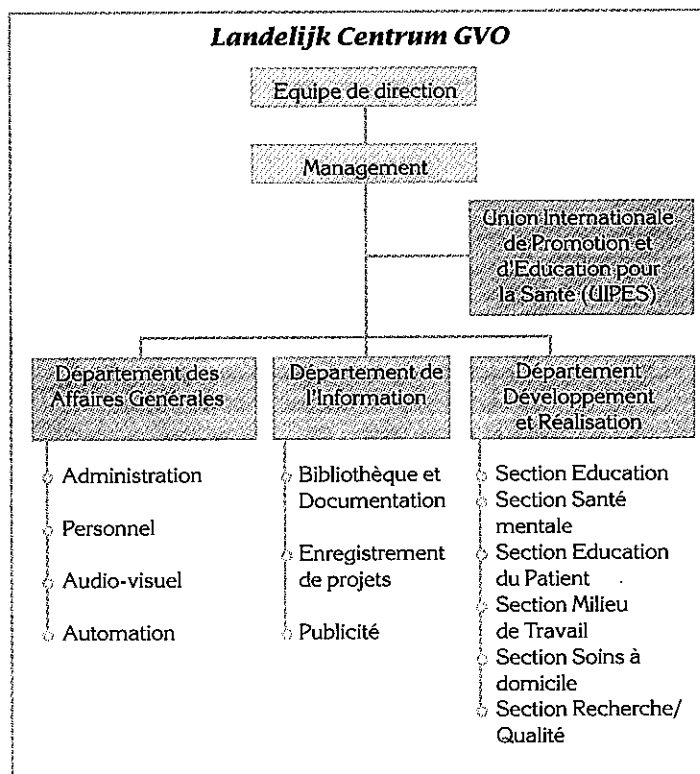
Enfin la section **recherche et qualité** coordonne diverses recherches et organise des sessions de formation spécifiques pour les éducateurs pour la santé.

La Bibliothèque et le service de documentation

Cette bibliothèque spécialisée n'est accessible qu'aux professionnels et aux étudiants. Elle fonctionne sur un mode comparable à la bibliothèque du RESO.

Vous trouverez dans ses rayons les principales revues scientifiques internationales d'éducation et de promotion de la santé consacrées aux pratiques de terrain, aux recherches et aux réglementations.

La consultation de leur base de données informatique est possible. C'est un service très performant. Les services de santé communales souscrivent un droit d'inscription au réseau pour avoir accès au système.



La banque de données contient des informations sur les recherches existantes et en cours ainsi que sur tous les projets développés dans le pays. C'est une collecte de données organisée deux fois par an auprès des départements santé des communes et des organismes actifs en santé dans tous le pays. Cela veut dire que pour un thème donné, dans une région donnée, il est possible de disposer d'un relevé instantané des activités sur le terrain. Ce relevé permanent est enregistré de manière standardisée et facilement accessible. Voilà de quoi faire rêver nos amis du Centre de Coordination Communautaire.

Le centre de documentation rassemble un échantillon complet du matériel éducatif disponible en néerlandais et en anglais. Celui-ci est présenté à l'aide de fiches descriptives pour permettre aux utilisateurs de faire une sélection judicieuse.

Pour conclure

Nous voyons que les différents secteurs d'activités couvrent l'ensemble des prestations utiles à l'amélioration de la qualité de l'éducation et de la promotion de la santé chez nos voisins du nord. On peut avoir un aperçu du volume d'acti-

tivités à la lecture des listes de publications des membres du personnel, de leur participation à des formations et de leurs communications dans des conférences.

Une centaine de rapports et d'études ont été rédigés, une soixantaine d'articles scientifiques publiés dans diverses revues et livres. Les collaborateurs ont assuré une quarantaine de cours et formations tant aux Pays-Bas qu'à l'étranger. Ils sont intervenus dans plus d'une trentaine de conférences en 1992.

Ces chiffres témoignent de l'ampleur des activités déployées par le centre et nous permettent de comprendre la place que peut occuper cet organisme à l'échelon national et international.

Les impressions recueillies lors de cette brève visite nous ont laissé entrevoir quelques avantages d'une structure centralisée mais ne permet certainement pas de porter un jugement circonstancié sur les bénéfices et les inconvénients de ce type d'organisation. Il nous manque le point de vue critique des collaborateurs et des utilisateurs.

Le centre semble largement ouvert aux initiatives locales, régionales, nationales et européennes comme nous venons de le voir. Nous savons que des collaborations sont établies, notamment, entre la section Education et le centre Proges de nos collègues flamands (centre responsable de la coordination des activités de promotion de la santé à l'école en Communauté néerlandophone). Conseil donc au lecteur intéressé(*) de prendre contact avec le centre dès qu'il le jugera utile.

Geneviève Houlioux, Croix-Rouge de Belgique, Service Education Santé

(*) Si cela vous intéresse, je suis en possession du rapport annuel 1992, des coordonnées de l'ensemble des collaborateurs et de la liste de publications arrêtée au 10/05/1993.

Landelijk Centrum GVO, Da Costakade, 45 Postbus 5104, 3502 JC - Utrecht, Nederland. Tél.: 030 - 910244. Fax: 030 - 964082 ■

Initiatives

L'Action Anti-Tabac à l'école primaire

Introduction

Fondée en 1973, l'asbl Action Anti-Tabac a pour but de sensibiliser les jeunes en âge de suivre l'enseignement primaire au problème du tabagisme, et ce par des actions ponctuelles d'information.

En 1991, l'Action Anti-Tabac a réadapté ses animations en fonction des recherches récentes. En étroite collaboration avec la FARES, elle a mis au point de nouveaux **modules d'animation et d'exploitation** qui ont été évalués avec l'appui de l'APES.

Cette évaluation débuta dans les établissements scolaires au mois de mai 1992 et se termina fin octobre 1992.

Les séances éducatives de prévention du tabagisme sont réalisées par les animateurs de l'asbl. Les modules d'exploitation sont destinés aux enseignants pour leur permettre d'assurer auprès des jeunes un suivi dans la démarche entreprise et donc favoriser une meilleure assimilation des informations transmises lors des animations.

Les directions d'écoles, de même que les enseignants, sont impliqués dans notre action menée sur le terrain après concertation avec l'IMS et le PMS.

Présentation de l'échantillonnage

L'évaluation touche 782 enfants âgés de 8 à 12 ans. Huit écoles y participèrent à Bruxelles et quatre en Wallonie.

La moitié d'entre elles avaient déjà été touchées antérieurement par les animations de l'Action Anti-Tabac. Elles furent donc considérées comme "connues", les autres étant classées comme écoles "inconnues" puisque non encore sensibilisées au problème du tabagisme par le biais d'animations "anti-tabac".

De même, une répartition équitable des écoles entre milieu favorisé et milieu défavorisé a été respectée.

Pour le type d'enseignement, une parité a été recherchée entre les réseaux de l'enseignement libre et de l'Etat.

Méthode de travail concernant l'évaluation

Une enquête par questionnaire à remplir anonymement par les jeunes (les pré-tests) précéda les animations de manière à pouvoir évaluer le niveau des connaissances des jeunes à propos du tabagisme, de ses méfaits et des mécanismes publicitaires en faveur du tabac.

Des fiches destinées à évaluer les modules d'animation et d'exploitation furent remises aux enseignants lors des animations. Ces fiches devaient être rendues complétées quelques semaines plus tard en même temps que les post-tests qui étaient alors remplis par les jeunes.

Ces derniers reprenaient le même questionnaire que les pré-tests, auquel furent ajoutées dix questions relatives à l'intérêt des jeunes pour certains volets des animations, pour ce type d'action ponctuelle et pour l'application des modules d'exploitation par les enseignants.

Accueil du projet

L'accueil réservé aux animations de l'Action Anti-Tabac fut positif tant de la part des directions d'écoles que des enseignants. De manière générale, ils approuvent toute intervention extérieure en matière d'éducation pour la santé, celle-ci étant réalisée par des spécialistes alors qu'eux-mêmes se considéraient comme moins aptes à entreprendre ce type d'action. De plus, les enseignants constatent une plus grande réceptivité de la part des jeunes lors de séances éducatives réalisées par une personne "inconnue", qui vient briser le rythme quotidien de leur univers scolaire par l'introduction d'un élément neuf. Les enfants eux-mêmes témoignent de leur vif intérêt pour ce type d'intervention.

Il y a donc là, un encouragement clair à poursuivre notre mission.

Résultats obtenus

Les objectifs de modification d'attitudes et de comportements visés par les animations étant d'une portée difficilement mesurable à court et à long terme, les tests furent conçus comme portant essentiellement sur les connaissances des jeunes à propos du tabagisme, de ses méfaits et des mécanismes publicitaires en sa faveur.

La plus grande exactitude des réponses fournies par les jeunes lors des post-tests montre la progression des connaissances acquises grâce aux animations.

Lors des pré-tests, la majorité des jeunes a répondu de façon satisfaisante aux questions les plus simples qui concernaient le goudron et la nicotine. Remarquons que le rôle respectif de ces deux substances dans l'organisme est parfois confondu. Les animations permirent une amélioration des acquis préalables. Néanmoins, la confusion entre nicotine et goudron persiste lors des post-tests. Il pourrait donc être suggéré qu'à l'avenir, les animateurs adoptent un système de présentation qui marque une distinction plus nette entre ces substances afin de différencier clairement leur action spécifique.

Les animations permirent l'assimilation de connaissances concernant la présence de filtres et le système de défense de l'appareil respiratoire.

La connaissance de l'appareil respiratoire et de son fonctionnement n'a pas fait l'objet d'un test approfondi auprès des jeunes. Les questions posées à ce propos furent orientées en fonction du thème des animations et concernèrent plus précisément le parcours de la fumée de tabac et de ses composants dans l'organisme.

D'après l'analyse des pré-tests, la plupart des jeunes sont conscients des méfaits du tabagisme même s'ils sont loin d'en mesurer toutes les conséquences possibles sur le plan de la santé.



Un repas copieux pris trop tard dans la soirée a le même effet néfaste sur le sommeil qu'un estomac vide. L'activité physique intense à proximité de l'heure du coucher rend l'endormissement plus pénible.

Les rapports sexuels sont souvent considérés comme un bon moyen de diminuer l'anxiété et de promouvoir le sommeil.

Les rituels, c'est-à-dire un ensemble d'activités stéréotypées dans le temps et l'espace comme boire une tasse de tisane tiède, faire sa toilette, prendre une douche chaude, lire quelques pages d'un livre ont des effets inducteurs de sommeil.

La quantité d'activités journalières (que celles-ci soient cognitives ou physiques) surtout chez les personnes âgées en institution aura aussi une influence décisive sur le sommeil.

Une vie régulière, des activités de détente sont aussi, bien entendu, propices au sommeil.

Quelques moyens pour bien dormir et se passer des somnifères

Ces moyens peuvent être appliqués d'emblée à toute personne qui n'a pas encore pris de médicaments. Par contre, pour les consommateurs chroniques de médicaments surtout somnifères, il faut être particulièrement prudent et ne pas arrêter brutalement de les prendre, car un sevrage progressif s'impose au préalable.

Ces moyens se composent de conseils d'hygiène du sommeil et d'exercices qui visent à réduire l'anxiété, donc à détendre.

Les conseils d'hygiène sont variés et nombreux, ils seront individualisés en fonction de l'analyse du problème. Ils portent sur des informations sur la physiologie du sommeil, des modifications de l'environnement physique, la modification de certains comportements, des conseils diététiques.

Il convient de leur ajouter éventuellement la chronothérapie et des activités physiques et cognitives adaptées durant la journée (ergothérapie).

Les stratégies pour diminuer l'anxiété sont à base de relaxation et d'exercices de détente physique et mentale. On peut débuter par des exercices simples et approfondir par la relaxation progressive ou le training autogène.

L'entraînement en groupe à ces exercices donne souvent un meilleur résultat et une progression plus rapide qu'un entraînement individuel (4).

Conclusion

L'insomnie psychophysiologique chronique est un trouble du sommeil fréquemment rencontré chez les personnes âgées. Une analyse globale du trouble est susceptible de conduire à une meilleure compréhension de la question. Il existe des alternatives au traitement médicamenteux. Ces traitements ont leur limites mais ils semblent particulièrement indiqués chez les personnes âgées. Des pistes sont ouvertes, pourquoi ne pas y songer?

Guy Adant, Licencié en éducation pour la santé, enseignant au C.E.S.E.P.T., Ecole de kinésithérapie et d'ergothérapie de Tournai

Bibliographie

- (1) KARACAN et al., Prevalence of sleep disturbance in a primarily urban Florida County, *Social Science and Medicine*, 10, 1976, 239-244.
- (2) QUIERA-SALVA et al., Insomnia and use of hypnotics, study of a French population, *Sleep*, 14 (5), 1991, 386-391.
- (3) WEYERER, S., DILLING, H., Prevalence and treatment of insomnia in the community, results from the Bavarian field study, *Sleep*, 14 (5), 1991, 392-398.
- (4) ADANT, G., Interpréter et maîtriser son insomnie, guide d'éducation pour la santé, à paraître prochainement chez PRODIM, Bruxelles.
- (5) BENOIT, O., Physiologie du sommeil, Paris, Masson.
- (6) GOUDEMANT, M., THOMAS, P., Anxiolytiques, principes et règles d'utilisation, *Revue du praticien*, 1993, 43, 5, 641-654.
- (7) FONTAINE, O. COTTRAUX, J., EDs, Cliniques de thérapies comportementales, Bruxelles, Mardaga, 1984.
- (8) HYYPPA, M., Promoting good sleep, *Health Promotion International*, Vol. 6, 2, 1991, 103-109.

Insomnies

1. Psychophysiologiques:
 - a. transitoires ou réactionnelles
 - b. chroniques
2. Associées à des affections psychiatriques
3. Associées à l'utilisation de médicaments ou d'alcool
4. Associées à un trouble respiratoire induit par le sommeil
5. Associées aux myoclonies nocturnes (contractions musculaires brusques et involontaires se répétant à intervalles variables)
6. Associées à des conditions médicales, toxiques et environnementales
7. Insomnie ayant débuté dans l'enfance
8. Associées à d'autres conditions
9. Pseudo-insomnie

Classification des insomnies selon la *Diagnostic classification of sleep and arousal disorders de l'Association of Sleep Disorders Centers, 1979.*

Grippe

Vaccination et culture de santé

Pourquoi vaccine-t-on si peu?

Un article récent du *New England Journal of Medicine* aborde les recommandations en matière de vaccination des adultes. Les statistiques montrent qu'aux Etats-Unis 50.000 à 70.000 adultes meurent chaque année des suites d'une infection causée par le pneumocoque, les virus de la grippe ou de l'hépatite B. Il s'agit de trois problèmes précis pour lesquels il existe un réel espoir d'amélioration de la santé publique, puisqu'une prévention efficace par vaccination existe pour chacune de ces maladies.

Pourtant, en dépit de la disponibilité des vaccins, 19 épidémies de grippe se sont succédées aux Etats-Unis depuis 1957. Elles ont été responsables de plus de 10.000 décès chacune. Deux de ces épidémies ont même entraîné plus de 40.000 décès.

Les raisons évoquées par les auteurs pour expliquer la mauvaise couverture vaccinale (le faible taux de personnes vaccinées) sont d'une part les doutes et la méfiance des patients à l'égard des vaccins et d'autre part le manque d'adhésion des médecins à la politique de prévention.

Les interrelations de la culture et de la santé

Doutes et méfiance des patients, manque d'adhésion des médecins... Et si tout cela était affaire de culture? Ou plutôt d'absence de "culture de santé". La problématique est la même qu'on parle de vaccinations, d'habitudes alimentaires, de mode de vie en général, de pratiques de dépistage. Il est de plus en plus évident qu'une prévention efficace passe par le développement dans le public d'une véritable "culture de santé".

Vous me direz que la culture et la santé font bon ménage depuis longtemps. Il suffit d'évoquer des adages populaires tels que "Il vaut mieux prévenir que guérir", et bien d'autres en-

core. La santé est un de ces sujets généraux qu'on aborde partout: au marché, au bistrot, dans les réunions mondaines, dans les médias... C'est vrai, la santé est certainement déjà présente dans la culture. Mais une véritable "culture de santé" passe par la diffusion d'informations dont la véracité scientifique ou la valeur humaine est éprouvée. Prenons l'exemple de la grippe qui est notre préoccupation du moment. Trop d'idées fausses circulent encore. Elles entravent la définition par chaque individu d'un choix raisonnable et d'un comportement individuel adéquat.

Grippe et idées fausses

Ces idées fausses sont insérées dans notre univers socio-culturel: "La grippe, ce n'est pas une maladie grave"; "Je suis malade et trop fragile pour être vacciné"; "L'année dernière, j'ai été vacciné et j'ai quand même eu un refroidissement"; "Le vaccin donne la maladie"; "Un bon grog ou une petite goutte pro-

tègent de la grippe"; "Je prends de la vitamine C, je ne risque rien"...

Il ne faut pas négliger non plus l'impact d'expressions populaires telles que le "Je suis grippé" prononcé au moindre petit refroidissement. Voilà une petite phrase qui banalise totalement et insidieusement cette maladie parfois grave qu'est la grippe, et qui assassine gentiment les efforts d'une campagne comme la nôtre...

Développer une "culture de santé"

Contribuer au développement d'une "culture de santé", c'est aussi mieux comprendre les représentations de la santé tant pour l'individu que pour les groupes sociologiques. Des exemples? Pour certaines mamans, un bébé en bonne santé est un gros bébé. Difficile dès lors de croire qu'il suffira d'informer d'une bonne diététique pour amener à modifier le comportement de ces mamans. Sur le

1993: une campagne de prévention à large échelle

Un programme de prévention pour être aussi efficace que possible, se doit de mobiliser les multiples acteurs de la promotion de la santé.

C'est pour cette raison que nous avons contacté des intervenants comme les pharmaciens (l'Association Pharmaceutique Belge et l'OPHACO), les structures de soins et d'aide à domicile, les groupes de self-help, des structures s'adressant à des populations à risque particulier comme l'Association Belge du Diabète, les associations concernées par le 3ème âge...

Des affiches sont proposées à ces divers intervenants, ainsi qu'à toutes les communes et à tous les CPAS du pays.

30.000 médecins ont reçu une affiche pour leur salle d'attente, via le *Journal du Médecin*.

Un dépliant d'information sur la grippe est diffusé, essentiellement par les services travaillant à proximité des personnes à risque.

Une brochure "Bien-être et santé pour les plus de 60 ans" est gratuitement mise à la disposition du public, contre envoi d'un timbre à 15 frs à Question Santé.

Des spots radiophoniques ont été diffusés du 15 au 30 septembre sur Radio 1 et Radio 2.

Pour souligner la dimension culturelle de la santé, nous proposons aux personnes intéressées un concours artistique sur le thème de la grippe à travers le savoir et l'imaginaire populaire. Ce concours, patronné par Roger Somville, se clôturera le 20 novembre.

Enfin, signalons que la campagne est entièrement financée par les producteurs de vaccins. Dommage qu'ils n'aient pas prévu un stock suffisant de vaccins (authentique)!

plan sociologique, une représentation qui revient souvent dans l'histoire des épidémies est la recherche de boucs émissaires et l'exclusion des malades.

Le savoir populaire doit évoluer parallèlement aux changements modernes. Il ne doit pas seulement suivre ce qu'on appelle les progrès de la médecine, mais aussi et peut-être surtout l'évolution philosophique et sociologique du concept de santé.

Ainsi, la santé est parfois encore comprise uniquement comme une absence de maladie. Pourtant, elle est beaucoup plus que cela: par exemple, selon le concept de l'OMS, c'est un état de bien-être général, non seulement médical, mais aussi psychologique et social. Le concept de promotion de la santé implique, lui, que les gens accèdent à l'information, mais aussi qu'ils participent à la gestion de leur santé et qu'ils puissent avoir une action sur leur environnement.

Cette approche active et participative est indispensable si l'on admet qu'agir sur un comportement individuel, c'est aussi agir sur un comportement social, ancré dans une culture, dans des circuits économiques. Par exemple, les habitudes alimentaires ne sont pas le seul fruit de choix individuels, elles sont aussi influencées par notre éducation, par nos moyens économiques, par une culture de terroir.

Conserver sa santé, la cultiver, cela passe par une attitude active. Développer une "culture de santé", c'est permettre à chacun de développer ses capacités à critiquer les messages reçus, à utiliser à fond les moyens d'un citoyen en démocratie pour gérer sa santé, à s'épanouir, à poser des choix éclairés.

Renée Coen, Omtrent Gezondheid,
Dr Patrick Trefois, Question Santé ■

Les informations scientifiques correctes

La grippe est causée par un virus

La grippe est contagieuse

La grippe peut être mortelle

La grippe est différente des autres infections des voies respiratoires

Les complications de la grippe sont plus fréquentes chez les personnes à risque: les personnes âgées de plus de 65 ans ou souffrant de maladies chroniques cardiaques, pulmonaires, rénales, de diabète

Il existe un vaccin contre la grippe

Ce vaccin protège contre la grippe uniquement

Le vaccin est nécessaire chaque année pour les personnes à risque

L'insomnie des personnes âgées

Une alternative aux somnifères

Le sommeil occupe une place centrale dans notre existence et personne ne conteste son influence sur la santé. Dans la population générale et plus particulièrement dans la population des personnes âgées, les problèmes de sommeil sont nombreux.

Selon les études consultées (1, 2, 3), l'insomnie toucherait de 30 à 45 % des personnes âgées. Mais il faut lire ces chiffres avec prudence quant au diagnostic car les troubles du sommeil forment un ensemble hétérogène et complexe duquel il faut isoler le type d'insomnie. Parmi les formes d'insomnies (voir encadré), l'insomnie psychophysiologique chronique est celle qui retiendra notre attention.

Le but de cet article est de montrer qu'il peut être judicieux d'examiner les diverses possibilités de traitement de l'insomnie chronique chez les personnes âgées.

Le "bon sommeil" (4)

La qualité et la quantité de sommeil nécessaires sont inconnues. Celles-ci

varient selon les individus. Néanmoins, le sommeil est considéré comme normal si, le matin, le sujet se réveille non seulement avec l'impression d'avoir bien dormi mais aussi avec la sensation d'être bien reposé.

Le bon sommeil peut aussi être estimé par rapport à d'autres facteurs: les personnes qui dorment bien ne se plaignent, évidemment, d'aucun trouble du sommeil et n'utilisent pas de somnifères; d'autre part, elles apprécient leurs rêves. Plus spécifiquement encore, on retient 4 critères pour caractériser le sommeil normal:

1. le temps d'endormissement doit être, en principe, inférieur à trente minutes; il est, en moyenne, de quinze minutes;
2. le nombre et la durée des éveils nocturnes. On compte habituellement plusieurs éveils durant la nuit et ceux-ci sont physiologiquement normaux. La plupart sont inconscients car ils sont inférieurs à trois minutes mais, à partir d'un certain âge, ils peuvent être plus longs et le sujet en a alors conscience; ils restent cependant normaux;
3. la durée totale du sommeil est variable selon la catégorie de dormeurs à laquelle on appartient. Elle

se situe entre 6 et 9 heures avec une moyenne de huit heures mais il existe des individus qui dorment moins ou davantage et qui ont un sommeil normal;

4. la quantité de sommeil profond.

Le sommeil des personnes âgées (5)

On peut analyser le sommeil du sujet âgé sur le plan objectif et sur le plan subjectif. On parle d'évaluation objective quand on dispose de mesures effectuées en laboratoire ou à l'aide d'un appareil portable, et d'évaluation subjective quand on se rapporte à l'évaluation du sommeil faite par les personnes elles-mêmes, par exemple à l'aide d'un questionnaire.

Sur le plan objectif, on sait que le sommeil se modifie lentement avec l'âge. Chez les personnes âgées, ces modifications vont se marquer par un allongement de la période d'endormissement, la disparition des stades de sommeil très profond, une augmentation de la fréquence et de la durée des éveils nocturnes, des difficultés pour se rendormir au cours de la nuit et la présence de sieste durant la journée.

(Suite page 27)

(Suite de la page 22)

Sur le plan subjectif, les femmes se plaignent davantage que les hommes de la mauvaise qualité de leur sommeil alors que ceci n'est pas identifié quand on analyse leur sommeil en laboratoire.

Le sommeil des personnes âgées est plus léger. Par conséquent, le dormeur âgé est plus sensible aux divers stimuli de l'environnement (bruit, lumière,...).

Mais si la qualité du sommeil est modifiée avec l'âge, le besoin et la quantité estimée nécessaire restent identiques. Peu de personnes sont en fait conscientes de cela et il semble que la plupart continuent à souhaiter obtenir un sommeil semblable à celui de l'enfant ou du jeune adulte. Une bonne nuit est très souvent considérée comme une nuit où l'on dort profondément de l'endormissement au réveil sans se réveiller durant la nuit. Il y a donc là une information à fournir et des croyances à modifier.

Les traitements de l'insomnie

Les personnes qui souffrent d'insomnie ont, probablement, recours à l'automédication sous toutes ses formes (médicaments divers, plantes,...). Certains y trouvent, peut-être, une réponse satisfaisante mais l'automédication comporte des risques manifestes.

Cela dit, le traitement le plus courant reste le médicament prescrit par le médecin.

Les médicaments homéopathiques, quand ils répondent au besoin et apparaissent efficaces au patient, ont l'avantage de n'avoir aucun effet secondaire.

Deux autres types de médicaments sont très fréquemment utilisés. Il s'agit d'une part des tranquillisants ou anxiolytiques qui ont un effet favorable sur l'endormissement en atténuant très fortement l'anxiété et d'autre part, des hypnotiques ou somnifères qui procurent le sommeil.

Tranquillisants et somnifères présentent des inconvénients. Ce sont des substances qui entraînent, selon la dose, une dépendance au produit, peuvent avoir des répercussions sur les activités et ont des effets sur la mémoire. Les hypnotiques qui sont des médicaments anti-éveil n'offrent pas un sommeil de bonne qualité car ils affectent le bon déroulement physio-

logique du sommeil. Plusieurs études ont démontré que les somnifères peuvent constituer un facteur de risque de chute quand les personnes âgées se lèvent la nuit pour se rendre aux toilettes. Enfin, le traitement médicamenteux est un traitement symptomatique qui n'envisage pas l'insomnie de manière globale.

En principe, les somnifères devraient être réservés à une utilisation relativement courte dans le temps c'est-à-dire inférieure à un ou deux mois (6). Ce n'est malheureusement pas souvent le cas.

Devant les dangers et les risques de ces médications prises à long terme, et principalement chez les personnes âgées, les Anglo-Saxons ont proposé depuis quelque temps des alternatives aux médicaments qui sont encore peu connues, peu utilisées, peu conseillées. Or, elles méritent qu'on s'y attarde pour plusieurs raisons. Bien comprises et bien appliquées, ces alternatives aux médicaments se proposent d'être globales et tentent d'envisager l'insomnie non pas seulement sous l'angle bio-médical mais aussi par rapport à des variables psychologiques, environnementales et sociales.

Elles n'ont aucun effet secondaire pour la santé et sont individualisées. Elles font partie des méthodes actives (où le sujet se prend en charge lui-même), et sont peu coûteuses. Toutefois, elles ne peuvent être comprises comme une solution miracle à cette question difficile.

Le diagnostic d'insomnie psychophysiologique chronique doit être bien établi; l'analyse du problème demande du temps et de la créativité; les effets ne sont jamais immédiats et la personne doit être bien motivée.

Malgré ces limites évidentes, modifier les croyances en matière de sommeil, revoir ou changer certains comportements inadéquats ne peuvent qu'être bénéfiques pour tous.

L'analyse du problème

L'insomnie devrait être étudiée selon plusieurs de ses dimensions. Il s'agit tout d'abord d'observer ses caractéristiques, sa topographie, sa fréquence, sa durée, son intensité. Ensuite d'évaluer les conséquences du problème de som-

meil sur le sujet lui-même et sur l'environnement. Enfin de répertorier les événements et circonstances qui précèdent ou ont précédé l'apparition puis l'installation du trouble: environnement physique et social, stimuli internes et externes, histoire du trouble, répertoire spécifique du sujet au point de vue biologique, comportemental et cognitif (7).

Ce modèle d'analyse s'inscrit dans le courant thérapeutique cognitivo-comportementaliste. L'utilisation de cette grille d'analyse présuppose que l'insomnie psychophysiologique chronique est "apprise" au fil du temps et qu'il convient pour la "désapprendre" de mettre en place des stratégies de modification des cognitions et des comportements.

A ce titre, on cherche à comprendre l'influence des facteurs comportementaux et non comportementaux sur le sommeil.

Les variables non comportementales (4)

Elles sont, en général, accessibles mais plus délicates à manier que les variables comportementales qui dépendent plus directement du sujet. L'environnement joue un rôle non négligeable. Ainsi le bruit, même si on finit par s'y habituer, perturbe le sommeil. Le bruit extérieur, de la circulation par exemple, ne devrait pas dépasser 36 à 40 dB mais un partenaire de lit qui ronfle produit des sons qui peuvent dépasser 60 dB (8)!

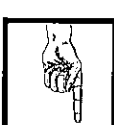
Les veufs, séparés, divorcés se plaignent davantage de la mauvaise qualité de leur sommeil que les célibataires ou les couples.

La température de la chambre ne doit être ni trop basse ni trop élevée.

La qualité de la literie a également son influence.

Les variables comportementales (4)

On conseille habituellement aux insomniaques, bien que ceci ne soit pas absolu, d'éviter ou de modérer la consommation de boissons excitantes comme le café, le thé, le coca. L'alcool, s'il peut faciliter l'endormissement à dose modérée, entraîne par contre un sommeil de mauvaise qualité.



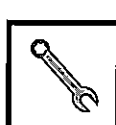
- **Question Santé**
rue du Vialuc, 72
1050 BRUXELLES
- **Educa-Santé** (ACDD007)
avenue Général Michel, 1b
6000 CHARLEROI



Certains éléments de la brochure - comme la B.D. par exemple - peuvent servir de support à des animations, des discussions, des réflexions à propos des accidents domestiques et de leur prévention.



Informier et conseiller parents et enfants afin de prévenir les accidents domestiques des enfants.



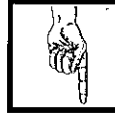
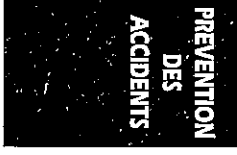
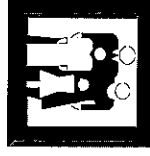
Brochure de 24 pages qui contient :

- des informations sur les accidents domestiques (épidémiologie, ...);
- des références bibliographiques et des personnes ou services-ressources dans le domaine de la prévention des accidents domestiques;
- des conseils sur la conduite à tenir en cas d'accident: - la B.D. "ça n'arrive qu'à tout le monde";
- un tableau des risques et des moyens de prévention selon l'âge de l'enfant.



Editeur : Question Santé
Lieu d'édition : Bruxelles
Date d'édition : 1991

Réponses - Accidents domestiques



- **Centre Antipoisons**
rue Joseph Stallaert, 1 boîte 15
1060 BRUXELLES
- **Educa-Santé** (ACDD045)
avenue Général Michel, 1b
6000 CHARLEROI



A remettre aux victimes d'intoxication au CO lors de leur passage à l'hôpital ou d'une consultation médicale.



Eviter les récidives d'intoxication au CO.

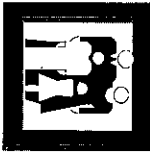


Dépliant reprenant les causes des intoxications au CO, les précautions à prendre pour éviter un accident et les signes à reconnaître en cas d'intoxication. Une version carolorégienne propose une liste d'adresses utiles.



Editeurs : C.E.P. - R.A.S.
Date d'édition : 1992

Intoxications au monoxyde de carbone



Evacuation des bâtiments scolaires



Auteurs : G. BAES et coll.
Editeurs : ANPI
Lieu d'édition : Bruxelles
Date d'édition : 1991



Manuel pratique de 68 pages qui comporte une partie théorique et une partie pratique. Il explique la réglementation et les consignes relatives à l'évacuation en cas d'incendie à l'école ainsi que le scénario d'un exercice d'évacuation.



Informier sur la réalité des incendies et faire prendre conscience de l'importance de réaliser les exercices d'évacuation selon la réglementation. Permettre d'évacuer les bâtiments scolaires dans les conditions optimales de sécurité.



Destiné aux **enseignants**, directeurs d'école et autre personnel scolaire.



Association Nationale pour la Prévention des Accidents du Travail (ANPAT)
rue Gachard, 88 boîte 4
1050 BRUXELLES

Association Nationale pour la Protection contre l'Incendie et l'Intrusion (ANPI)

Parc Scientifique
1348 LOUVAIN-LA-NEUVE

Educa-Santé (1940)
avenue Général Michel, 1b
6000 CHARLEROI



L'enfant et les accidents domestiques



Auteur : Anne DUGAUQUIER
Editeur : Institut Normal Provincial
d'Enseignement Technique
Lieu d'édition : Bruxelles



Travail de 40 pages qui présente des activités réalisées avec des enfants de classes maternelles. Ces activités sont regroupées par type d'accident envisagé : chute, coupure, brûlure, intoxication, asphyxie, noyade, électrisation, électrocution.

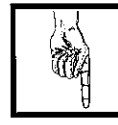


Décrire diverses activités de sensibilisation à la sécurité domestique adaptées aux **enfants du maternel**.



- **Institut Normal Provincial d'Enseignement Technique**
avenue E. Gryzon, 1
1070 BRUXELLES
- **Educa-Santé** (1341)
Boulevard Général Michel, 1b
6000 CHARLEROI





- **Centre coopératif de la consommation**
rue Haute, 28
1000 BRUXELLES
- **Educa-Santé** (ACD040)
avenue Général Michel, 1b
6000 CHARLEROI



Ce dossier s'accompagne d'un livre illustré et d'une série de diapositives intitulés "Les aventures de Gully Patatras". Le livre va également paraître en Italien, Portugais et Grec.



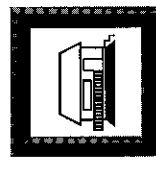
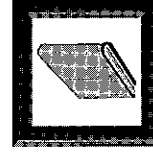
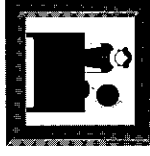
Proposer aux enseignants du maternel une démarche pédagogique et des activités spécifiquement adaptées à la prévention des accidents domestiques



Dossier pédagogique de 48 pages qui comporte une description de l'ensemble du matériel proposé, une proposition de démarche pédagogique adaptée à l'enseignement maternel, un guide pour l'exploitation des thèmes suivants : les chutes, les noyades, les coupures, les explosions, les brûlures, les intoxications, les électrocutions, des adresses et des documents utiles.



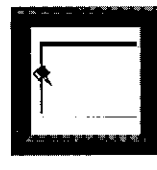
Auteurs : N. du BLED, F. FAUCHET, J. MONTULET
Editeur : François BODINAUX
Lieu d'édition : Bruxelles
Date d'édition : 1989



Danger provoqué par les liquides chauds sur une table basse

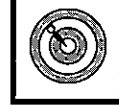


Auteur : Service Education à la Santé de l'ONE
Editeur : ONE
Lieu d'édition : Bruxelles
Date d'édition : 1992



Trois **affiches** indissociables qui illustrent :

1. les risques de brûlures;
 2. la possibilité de protéger l'enfant en le plaçant dans un parc;
 3. la possibilité d'écarter le danger en plaçant le liquide chaud en hauteur.
- Un dépliant explicatif est à remettre aux parents.



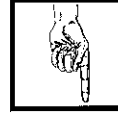
Elaborer une réflexion par rapport aux dangers des liquides chauds placés sur une table basse et les solutions que chacun peut trouver pour y remédier.



Les affiches sont des supports d'animation pour familles maghrébines et turques, dans le cadres des consultations ONE.



- **Service Education à la Santé**
domaine de Chastre
route de Gembloux, 2
1450 CORTIL-NOIRMONT



- **Educa-Santé** (ACD008)
avenue Général Michel, 1b
6000 CHARLEROI



Ce livre peut servir de **support aux enseignants** et aux **parents** lors de discussions en classe ou en famille.



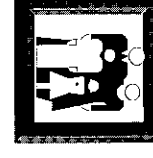
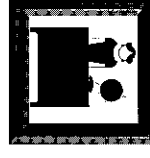
Apprendre au jeunes de **10 à 14 ans** à détecter et à évaluer les dangers quotidiens et à réagir de manière réfléchie et responsable face aux agressions de la vie moderne.



Livre de 64 pages qui présente plusieurs scènes illustrées, propose des exercices, un jeu et donne des informations sur les risques rencontrés à la maison et au dehors, sur les risques de la consommation de tabac, d'alcool, de drogues et de médicaments.



Auteurs : C. FAURE, M. BONNEFOND et coll.
Editeur : Solibel Edition - Belin
Lieu d'édition : Paris
Date d'édition : 1987



Albert nez en l'air et autres histoires de nigauds où l'on apprend comment éviter les accidents idiots



Auteur : P. MARTIN, M. RAMOS
Editeur : CFES
Lieu d'édition : Paris



Petit livret de 32 pages qui présente, de manière humoristique, 5 histoires racontant les mésaventures de différents personnages. On propose, aux **enfants de 7 à 12 ans**, des conseils pour éviter les accidents et des tests pour évaluer leur connaissance des règles de sécurité.



Apprendre à éviter les accidents domestiques, routiers et de loisirs.



- **Educa-Santé** (D023)
avenue Général Michel, 1b
6000 CHARLEROI

