

Famille Bruxelles

12 février 1991

Parmi les nombreuses activités organisées par l'Ecole des Parents et des Educateurs en février, retenons la conférence de Guy Corneau, «Père manquant, fils manqué».

Elle aura lieu à 20h30 au Centre Culturel d'Auderghem (02/660.03.03). P.A.F.: 250 FB (200 FB pour les étudiants).

Pour de plus amples informations (programme complet des activités, etc), Ecole des Parents et des Educateurs, Place des Acacias 14, 1040 Bruxelles. Tél.: 02/733.95.50 (le matin).

Formation Bruxelles

16 février 1991

L'Unité d'Education pour la Santé de l'UCL vous invite à une matinée d'exposés-débats sur le thème: «Projets d'éducation pour la santé».

Au cours de cette matinée, une conférence aura lieu et sera suivie, en ateliers groupés par thèmes, de présentation-débats. 50 licenciés en éducation pour la santé présenteront les projets et recherches qu'ils ont développés, ainsi que les prolongements de ces projets.

Cette activité se déroulera de 9 à 13h30, et sera suivie d'un repas (facultatif).

Pour tout renseignement: 02/764.72.50.

Sexualité Liège

18 février 1991

Dans le cadre des manifestations de son 30ème anniversaire, le Centre de Consultations Conjugales et Familiales «Estelle Mazy» invite le Dr Yves Prigent, psychiatre et psychanalyste français, qui donnera une conférence le lundi 18 février 1991, à 20 heures, Salles Gothot, Place du XX août 7, 4000 Liège, sur le thème de «L'existence amoureuse: la passion et la durée».

Renseignements: Centre de Consultations Conjugales et Familiales «Estelle Mazy», rue de la Cathédrale 97, 4000 Liège. Tél.: 041/23.51.20.

Femme Bruxelles

février, mars 1991

Contact Information Femmes 40/60 organise avec l'aide de la Commission Communautaire Française quatre réunions sur des sujets précis:

28 février: la santé à tout âge (aspects médicaux de la ménopause, opérations gynécologiques, prévention de l'ostéoporose, etc.).

7 mars: «...et maintenant, que vais-je faire de tout ce qui est ma vie? Réaliser ses projets personnels: obstacles et possibilités.

14 mars: les relations qui changent: enfants, parents, compagnons, amies... Comment améliorer l'entente, resserrer ou renouveler les liens avec les autres.

21 mars: Repartir. Vers un avenir meilleur... Réaliser des souhaits personnels et se donner les moyens de le faire.

Ces réunions ont lieu au 29 rue Blanche, 1050 Bruxelles soit de 14h à 17h, soit de 18h30 à 21h30. Le nombre de participantes étant de 16, il est nécessaire de téléphoner à Madame Jo Poortmans (02/673.62.48.) ou à Monique Coenen (02/375.66.64).

Inscription pour les quatre réunions (indivisible): 1400FB à verser au compte du C.I.F. 40/60 au Crédit Communal 068-2056676-12 avec mention du nom et de l'adresse personnelle, avant le 15 février 1991.

Emploi - demandes

Trois diététiciennes cherchant un emploi dans le domaine de la santé ou de l'éducation pour la santé.

- Christine Beauvoix, rue Bois Le moine 13, 4870 Trooz. Tél.: 041/51.70.44.

- Véronique Bordet, rue de la Démocratie 43, 1070 Bruxelles. Tél.: 02/522.17.40.

- Isabelle Mathieu, route de Givet 13, 5600 Villers-le-Gambon. Tél.: 071/66.68.16.

EDUCATION SANTÉ

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

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

55

Réflexions

Campagne RRO: les résultats
B. Swennen, L. Berghmans p.3

Les jeunes européens, le tabac, l'alcool p. 7

Stratégie

La prévention en médecine générale,
pas si simple... p. 9

Initiatives

La santé par le jeu
V. Magos, P. Lemenu p. 12

Connaissez-vous le CERES ? p. 31

Aie ! Mes dents ! p. 34

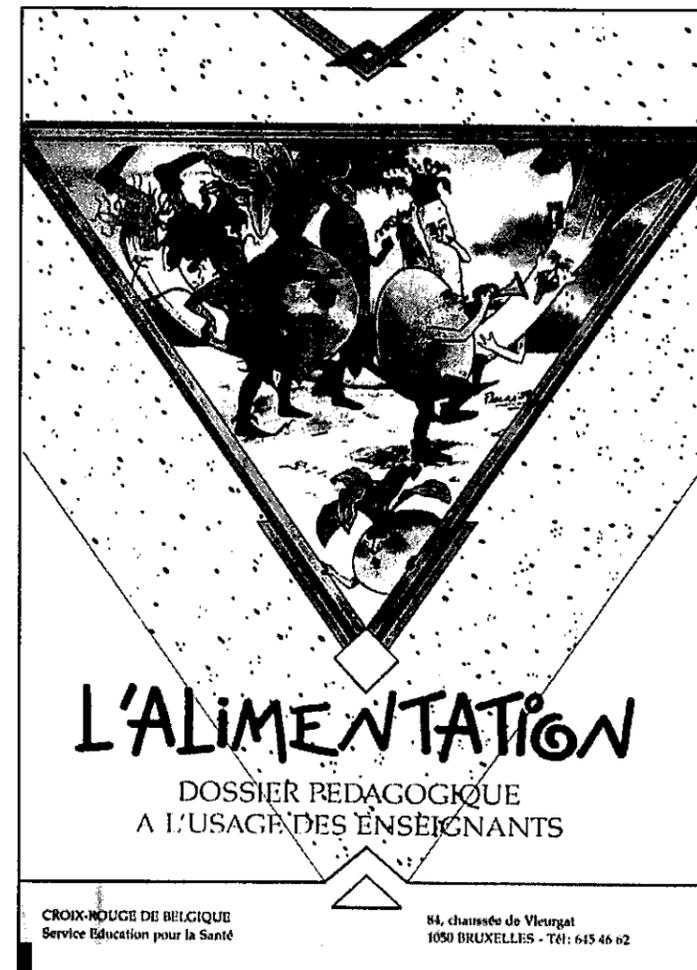
Entraide

Notre nouvelle rubrique p. 36

Et notre supplément du mois

L'APPRET (2ème partie)

La méthode expliquée en 44 questions !



Dossier alimentation

p. 37



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.



Enfin la coordination démarre

Nous l'attendions depuis longtemps, et la bonne nouvelle a coïncidé avec le début de l'année: le Centre de coordination communautaire est enfin installé officiellement. Comme nous l'avions déjà annoncé, il sera géré conjointement par la FARES (Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Education à la Santé) et par le CIMP (Centre Interprovincial de Médecine Préventive) qui ont détaché le personnel indispensable à son fonctionnement.

Pierre Anselme (sociologue) est désigné comme chef de projet. Il est secondé par Martine Spitaels (licenciée en éducation pour la santé), et Maryse Wanlin (médecin, spécialisée en hygiène sociale et environnement). Le secrétariat est pris en charge par Marie-Carle Nachez.

Rappelons les missions de Centre, telles qu'elles ont été définies par l'arrêté de l'Exécutif du 8 novembre 1988:

- diffuser toutes les informations concernant les services aux éducateurs et les commissions locales;
- organiser la centralisation et la diffusion des informations, documents, stratégies d'interventions et méthodes;
- centraliser et diffuser les informations en provenance des Commissions locales, notamment celles concernant les besoins de la population locale, les activités et projets en cours et leur évaluation;
- transmettre aux Commissions locales les informations concernant les priorités définies par le Ministre;
- organiser un lieu de rencontre et des groupes de travail à la demande du Ministre ou de la Cellule.

Le siège social reste établi dans les locaux de la FARES. L'adresse est donc

Centre de coordination communautaire
rue de la Concorde 56
1050 Bruxelles.
Téléphone: 02/512.29.36

Le Centre de coordination doit commencer par définir ses objectifs prioritaires, son organisation, son mode de travail, les modes de communication et d'échange d'information avec les Commissions locales, les Services aux éducateurs, etc. Nous vous tiendrons évidemment au courant.

En principe, les Commissions locales de Coordination entraînent également en fonction à partir du 1 janvier. Pour certains endroits, le responsable n'est pas encore désigné, ou il reste à définir certaines modalités. On nous a promis que nous disposerions des renseignements complets en temps utile pour vous les communiquer dans notre numéro du mois de mars.

Enfin, maintenant que l'ensemble de la structure prévue par les arrêtés réglementant l'éducation pour la santé dans la Communauté française de Belgique est mise sur pied, nous pouvons vous annoncer la parution en avril d'un numéro spécial d'Education Santé qui dressera un tableau d'ensemble de ces structures.

Jacques Henkinbrant, rédacteur en chef

Mieux connaître les groupes d'entraide

Pour le reste, la vie continue, et les services, agréés ou non, développent leurs activités.

Ainsi, on observe avec intérêt que les groupes d'entraide en Communauté française se développent et se structurent.

Phénomène marginal il y a peu, le foisonnement de nouveaux groupes témoigne de la santé du secteur. Cependant, les initiatives restent encore trop peu connues - et reconnues - dans notre Communauté.

Education Santé entame dans ce numéro une nouvelle rubrique «Entraide» où seront publiées des fiches de présentation de ces groupes avec le vœu d'ainsi les mieux faire connaître et se connaître.

L'Association des Parents d'Aveugles et Mal-voyants de Belgique francophone APAM (BF) essuie les plâtres. Dès le mois prochain, vous avez rendez-vous avec une autre association.

Nous vous rappelons que vous pouvez, en permanence, communiquer les in-

formations relatives aux groupes d'entraide en contactant le Département Promotion de la Santé des Mutualités Socialistes et des F.P.S., rue Saint-Jean, 32-38, 1000 Bruxelles - Tél. 02/515.04.23 où le fichier complet peut aussi être consulté.

La Cellule de coordination intermutualiste U.N.M.S. - A.N.M.C.

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

Rédacteur en chef:
Jacques Henkinbrant.

Secrétaire de rédaction:
Christian De Bock.

Secrétaire de rédaction adjoint:
Roger Swinnen.

Documentation, abonnements:
Maryse Van Audenhaege, Etienne Watteau.

Comité de rédaction:
Christian De Bock, Alain Deccache, Michel Demarteau, Jacques Henkinbrant, Vincent Magos, Jean-Louis Pestiaux, Danielle Piette, Roger Swinnen, Thierry Poucet, Patrick Tréfois.

Editeur responsable: Jean Hallet.

Maquette: Philippe Maréchal.

Composition: P&E.

Photogravure et impression:
Economat ANMC.

Tirage: 2100 exemplaires.

Diffusion: 1800 exemplaires.

ISSN: 0776 - 2623.

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

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

Acquisitions

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

LIVRES

ALCOOLISME

- PACOUT N., Il (ou elle) boit. Que faire?, Eds. Marabout, 1990, (Marabout Service; MS30), 152p., asa22
- COSTA MAGNA M., Apprivoiser l'alcool. Boire... Ne pas boire... Comment boire?, Paris, Eds. du Centurion, 1990, 190p., 89FF, asa23

ALIMENTATION

- L'alimentation. Dossier pédagogique à l'usage des enseignants, Croix Rouge de Belgique Service Education pour la Santé, Bruxelles, 1990, 300FB, dossier pédagogique, ali50
- ZYLBERBERG G., LECERF J-M., LEFEBVRE B., FRESSIN C., Education nutritionnelle. Méthode - Pratique, Institut Pasteur de Lille, Lille, 1990, 4100FB (+400FB de port), 461p., ali51
- FISCHLER C., L'Homnivore. Le goût, la cuisine et le corps, Paris, Eds. Odile Jacobs, 1990, 414p., 1000FB, ali52
- DOLTO-TOLITCH C., BOUCHER J., Manger, Paris, Eds. Hatier, 1990, (Mine de rien), 12p., 28FF, livre d'images, ali53

CONCEPTION / GROSSESSE

- DOLTO-TOLITCH C., BOUCHER J., On attend un bébé, Paris, Eds. Hatier, 1990, (Mine de rien), 12p., 28FF, livre d'images, vic20

ENFANT

- DOLTO-TOLITCH C., BOUCHER J., Un bébé à la maison, Paris, Eds. Hatier, 1990, (Mine de rien), 12p., 28FF, livre d'images, vie36

EXERCICE PHYSIQUE

- ATLANI-SOYER E., VIDAL A., Dans le mouvement ! bouger, respirer, sauter, danser, se remuer les méninges, aller de l'avant, Paris, Eds. Hatier, 1990, (Grain de sel), 92p., aph22

FORMATION / COMMUNICATION

- BROUWERS R., DE SMEDT T., FRANSSSEN M., et al., Guide pour l'éducation aux médias audiovisuels. S'initier, s'informer, se former, Médiathèque de la Communauté française de Belgique, Bruxelles, 1990, 183p., 250FB, for28

HYGIENE BUCCO-DENTAIRE

- DOLTO-TOLITCH C., BOUCHER J., Les dents de lait, Paris, Eds. Hatier, 1990, (Mine de rien), 12p., 28FF, livre d'images, hyb09

HYGIENE CORPORELLE

- DOLTO-TOLITCH C., BOUCHER J., Propre, Paris, Eds. Hatier, 1990, (Mine de rien), 12p., 28FF, livre d'images, hyc05

MALADIE INFECTIEUSE

- L'amour sur un air de fa, sol, la, si, da..., SIPS, Liège, 1990, livre objet, pin24

MEDICAMENT

- Médicaments et vieillissement. Actes de la journée d'étude du 16 mars 1990, Union Chrétienne des Pensionnés, Bruxelles, 1990, (Les Cahiers de l'UCP; n°2), 43p., 300FB, med47
- PESTIAUX J-L., MARQUES M., KETSER F., PREVOST M., Représentation populaire et consommation de tranquillisants. Enquête nationale auprès des affiliés de la Mutualité Socialiste, UNMS / Femmes Prévoyantes Socialistes Promotion de la santé, Bruxelles, 1990, 48p., enquête, med48
- MONTULET I., VANCAMPENHOUDT J-F., SERVAIS M-P., PIETTE D., Enquête auprès des pharmaciens sur la consommation des benzodiazépines, Mouvement Coopératif Féminin / Promocoop, Bruxelles, 1990, 23p., enquête, med49
- Les Benzodiazépines, Mouvement Coopératif Féminin / Promocoop, Bruxelles, 1990, fiches, med50

OEIL

- BORNET Ph., La santé de vos yeux. Tout pour mieux voir, Monaco, Eds. du Rocher, 1990, (Equilibre), 298p., 125FF, poe05

REGIME

- Maigrir? Oui, ...mais!, UNMS / Femmes Prévoyantes Socialistes Pro-

motion de la santé, Bruxelles, 1990, 81p., alr32

SANTE MENTALE

DETHY M., Introduction à la psychanalyse de Freud, Bruxelles/Lyon, Eds Vie Ouvrière / Chronique Sociale, 1990, 139p., 495FB, pam23

SOMMEIL

DOLTO-TOLITCH C., BOUCHER J., Dormir, Paris, Eds. Hatier, 1990, (Mine de rien), 12p., 28FF, livre d'images, smr24

MATERIEL

ALIMENTATION

- Le petit déjeuner malin, Question Santé / ICAN / Kellogg's, Bruxelles, 1990, dépliant, ali48
- BAIJOT C., MARTIN F., Le petit déjeuner malin. Dossier de l'élève, Question Santé / ICAN / Kellogg's, Bruxelles, 1990, 23p., brochure, ali49
- Le guide du Goût de la Santé, Ligue Cardiologique Belge, Bruxelles, 1990, 19p., brochure, ali50

CANCER

- Dépister pour guérir, Oeuvre Belge du Cancer, Bruxelles, 1990, vidéo VHS
- L'auto-examen des seins. Pourquoi? Comment?, Oeuvre Belge du Cancer, Bruxelles, 1990, dépliant, pca36

HYGIENE BUCCO-DENTAIRE

- Je veille à la santé de mes dents de la première maternelle à la deuxième primaire, Centre de Santé Libre de Namur IMS / Education Santé, Bruxelles, 1990, (Outils au service de l'Education pour la santé; n°2), 15p., brochure pédagogique, hyb27

MALADIE

- Vaccin contre la grippe, Question Santé, Bruxelles, Fiches Question Santé, n°82, 10/1990
- Santé et animaux de compagnie, OPHACO, Bruxelles, 1990, 94p., brochure, pat29
- Santé et animaux de compagnie, OPHACO, Bruxelles, 1990, dépliant, pat30

Ce langage n'est pas toujours cohérent avec le discours hygiéniste et le poids des habitudes culturelles l'emporte souvent sur la logique scientifique. Celle-ci a sans doute du mal à compenser le discours publicitaire envahissant. L'élaboration d'une stratégie éducative efficace exige une bonne compréhension du mangeur d'aujourd'hui, ce qui impose d'explorer le mangeur éternel. «L'Homnivore» est tout autant une somme anthropologique, historique et biologique qu'un essai de sociologie et de psychologie consacré au corps et au sujet moderne. Il démontre avec brio et humour qu'à l'âge de l'abondance, nous sommes sans doute plus menacés par la cacophonie diététique ambiante que par ce que contiennent nos assiettes.

Claude Fischler, *L'Homnivore*, Editions Odile Jacob, Paris 1990, 414 p., 150 FF. ■

MÉDICAMENT

Des notices patient européennes?

Le Centre de Recherche et d'Information des Organisations de Consommateurs (Crioc) a réalisé à la demande de la Commission européenne et en collaboration avec l'industrie pharmaceutique une enquête relative aux notices des médicaments dans les douze pays de la Communauté européenne.

Ce travail est à situer dans la perspective de l'entrée en application dès le 1er janvier 1992 d'une directive prévoyant que tous les nouveaux médicaments devront être accompagnés d'une notice destinée aux patients.

Le principe est dans l'ensemble bien accepté, mais la mise en pratique apparaît plus problématique. En effet, le contenu d'une notice patient doit évidemment correspondre à celui de son homologue scientifique, mais la

structuration de l'information répond à des exigences spécifiques. Il ne suffit pas d'expliquer quelques termes techniques pour faire une notice patient lisible.

Autre problème, à l'heure actuelle les informations fournies sur un même produit varient considérablement d'un pays à l'autre (par exemple dans la description du nombre et de l'importance des effets secondaires). Un effort considérable d'harmonisation devrait donc être réalisé, et les futures notices destinées aux patients devraient se baser sur une information scientifique rigoureuse et actualisée.

Tout cela est expliqué en long et en large dans un rapport très détaillé que vient de publier le Crioc.

Luk Joossens, *Les notices de médicaments dans les douze pays de la Communauté européenne*, Crioc, 1990, 200 p., 420 FF. Ce document peut être commandé par courrier au Crioc, rue Souveraine 28, 1050 Bruxelles. ■

ÉPIDÉMIOLOGIE

La santé des Belges

De quoi ont donc souffert les Belges en 1989? C'est à cette question que tente de répondre en partie l'Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie (IHE) dans son rapport intitulé «La morbidité en Belgique en 1988 - 1989 Réseau d'enregistrement des médecins vigies». Les problèmes suivants ont été enregistrés: les accidents cérébro-vasculaires; les nouveaux cas de cancer du sein, du col, du côlon-rectum, de la prostate, de la peau et de la muqueuse buccale; l'urétrite chez l'homme; les demandes pour un test VIH; la rougeole.

Cette étude a été rendue possible grâce à la mise en place d'un réseau de médecins généralistes, appelés vigies, comprenant plus ou moins 150 mem-

bres. Le dossier montre d'abord quels ont été les critères de sélection des problèmes traités et les critères de représentativité des médecins du réseau. Par la suite, il étudie point par point la liste des maladies retenues en s'aidant de nombreux tableaux (pourcentage de la population touchée, âge, sexe, leur répartition géographique...).

Dans un même état d'esprit, l'IHE a publié aussi un rapport sur la «Surveillance des maladies infectieuses par un réseau de laboratoires de microbiologie 1989+rétrospective 1983-1988». Ici aussi, il s'agit d'un réseau mais cette fois d'un réseau de laboratoires spécialisés dans la surveillance continue de maladies infectieuses.

Les résultats de ce programme, régulièrement diffusés, permettent à chaque laboratoire de se situer parmi les autres et d'être informé sur les diagnostics réalisés à un niveau national.

Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie, rue J. Wytsman 14, 1050 Bruxelles, tél.: 02/642.51.11. ■

Effectiveness of Health Education

Le Centre Néerlandais d'Education pour la Santé annonce la parution d'une version en anglais d'un ouvrage de référence édité en néerlandais en 1988. Le titre: «Effectiveness of Health Education». Le prix: 58 florins (frais d'envoi compris).

Il est possible de l'acquérir en envoyant un chèque au Dutch Health Education Centre, P.O. Box 5104, 3502 JC Utrecht, ou par virement international à l'Amro Bank, Utrecht (numéro de compte 41.54.93.846), en mentionnant vos nom et adresse et le titre du livre. ■

Réflexions

R R O

Résultats et enseignements d'une action de promotion santé en Communauté française.

En septembre 1989, Mr Fr Guillaume, ministre des Affaires sociales et de la santé, lançait la campagne de promotion de la vaccination RRO en Communauté française.

Un an après, quels sont les résultats? Mais surtout quels enseignements pouvons-nous tirer de cette expérience?

Notre communauté, et plus spécifiquement, notre système de santé sont-ils structurellement capables d'organiser, de gérer et de mener à bien des «programmes» de santé? La coordination de structures diverses dans le cadre d'un programme de santé n'est-elle qu'une étiquette organisationnelle opportuniste ou bien représente-t-elle un outil synergique réel?

Au-delà de commentaires sur l'augmentation sensible du nombre de doses vaccinales distribuées et de la diminution encourageante de l'incidence de la rougeole, il nous semble intéressant d'amorcer une réflexion sur ces thèmes.

1. Bref rappel argumentaire de la prise de décision en santé publique.

En 1988, le taux de couverture vaccinale des enfants de 2 ans pour le vaccin trivalent Rougeole-Rubéole-Oreillons (RRO) n'atteignait pas 60%, malgré la disponibilité d'un vaccin gratuit en Communauté française (Bruxelles-capitale franco-phonie excepté).

Cette année-là, au travers des informations récoltées par le réseau des médecins vigies de l'Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie, on pouvait estimer que 20.000 enfants avaient eu la rougeole.

De plus, en raison du taux trop faible de vaccination anti-rubéole, il existe un risque paradoxal d'augmentation du nombre d'enfants atteints du syndrome de rubéole congénitale.

A lui seul, ce risque est éthiquement intolérable et impose une action concertée et efficace pour atteindre l'objectif de l'élimination, comme le propose l'OMS.

Les coûts financiers des trois maladies versus celui de la prévention penchent en faveur de celle-ci dans un rapport estimé à 14 pour 1.

Le Conseil Consultatif Communautaire pour la Promotion de la Santé (CCCPS), convaincu des réelles possibilités de prévention de ces 3 maladies par la vaccination, alarmé par leur fréquence et leur gravité et par les mauvais résultats de couverture vaccinale dans notre Communauté, a recommandé l'organisation d'un programme spécifique de promotion de la vaccination RRO. Le pouvoir politique a suivi cet avis et le programme RRO fut entamé.

2. La stratégie de promotion de la vaccination par la mobilisation à long terme des différents intervenants.

Le programme RRO adopté par le CCCPS a deux objectifs en terme de couverture vaccinale: atteindre 85% chez les enfants de 15 mois à 2 ans et 70% chez les enfants de 6 ans dans un délai d'un à deux ans. C'est une première étape vers un taux de couverture de 95% à l'âge de deux ans.

Ces objectifs mesurables doivent être atteints par la mobilisation des différents intervenants dans le

domaine de la vaccination: parents, corps médical, structures préventives (ONE, Coordinations locales de promotion de la santé, médecine scolaire), pouvoirs publics (Administration de la Santé, Cabinet ministériel).

Les représentants de ces différents intervenants, à l'exception des parents, sont regroupés dans un Comité Directeur chargé de la gestion du programme.

Pour organiser opérationnellement et gérer quotidiennement le programme, l'Administration s'est adjoint, pour une durée limitée, l'aide d'une équipe interuniversitaire (Eduvac). Cette cellule, composée d'un chercheur et d'une secrétaire, fonctionne en étroite collaboration avec le Service d'Inspection et d'Hygiène de la Direction Générale de la Santé, sous la supervision du Comité Directeur.

Les fonctions d'initiation et de surveillance du programme devraient être progressivement reprises par l'Administration.

3. Les résultats en chiffres.

L'effet de la campagne a pu rapidement être observé grâce au système d'enregistrement des commandes de vaccins. Les données fournies lors de ces commandes informatisées permettent:

1) de mesurer l'augmentation globale du nombre de doses distribuées.

En comparant la distribution de vaccins RRO entre septembre 1988 à août 1989 d'une part et d'autre part entre septembre 1989 et août 1990, on note une augmentation de 27%.

2) de mesurer l'engagement des différents vaccinateurs.

La figure 1 (voir page 5) représente le nombre absolu de doses de vaccins trivalents commandées au cours de 1988 et 1989 et la propor-

tion de doses commandées par les médecins (pédiatres et généralistes), par l'ONE et par les autres vaccinateurs.

Les médecins généralistes et pédiatres et les centres de santé scolaire ont sensiblement augmenté leur pratique vaccinale et leur utilisation du système de distribution de vaccins par la Communauté française.

Ainsi, durant les premiers mois de l'année 1988 (c'est-à-dire avant le programme RRO) 39,3% des doses étaient commandées par les médecins et 56,3% par l'ONE; pour la même période en 1990 44,8% des doses sont demandées par les médecins privés, 46,3% par l'ONE et 8,9% par les autres vaccinateurs (centres de santé scolaire essentiellement).

3) de mesurer l'effet du programme sur la vaccination de rattrapage des enfants de plus de 2 ans qui n'avaient pu profiter auparavant de la vaccination. Avant la campagne, seulement 19% des doses étaient distribuées à des enfants de plus de 2 ans. A présent, 25% des doses le sont. Ce taux est même monté à 37% en octobre 1989 et 33% en novembre 1989 juste après la campagne.

Qu'un quart des doses soient distribuées aux enfants de plus de 2 ans est certes une amélioration mais elle n'est pas suffisante si l'on veut éviter l'apparition de cohortes d'enfants non vaccinés et non immuns; cohortes qui peuvent être à la base de foyers épidémiques dans les années à venir.

L'enregistrement des cas de rougeole par les médecins vigies (IHE) permet une mesure de l'impact du programme.

D'après ces données récoltées de manière totalement indépendante du programme RRO, l'incidence de la rougeole en Wallonie en 1989-1990 a fortement diminué: 16/

10.000 habitants de moins de 20 ans et est même inférieure au taux obtenu en Flandre 23/10.000 habitants. Vu le caractère cyclique des épidémies de rougeole, ce résultat encourageant demande à être confirmé dans les prochaines années.

Le programme RRO prévoyait la mise en place de deux outils d'évaluation.

Le premier est l'organisation périodique d'une enquête de couverture vaccinale (par échantillonnage par grappes tel que préconisé par le Programme Elargi de Vaccination (PEV) de l'OMS).

Cette enquête fut réalisée pour la première fois, avec l'aide des infirmières de la FARES, en octobre 1989 juste avant la campagne. Les enfants âgés de 15 à 24 mois présentaient, à cette époque, une couverture vaccinale RRO de 57,6%.

Une enquête de même type sera exécutée en 1991, soit deux ans après le lancement du programme et permettra de mesurer l'évolution de la couverture vaccinale.

Le deuxième outil que le programme met en place, grâce à la collaboration de l'IMS, est celui d'une mesure systématique en début d'année scolaire et en fin d'année de la couverture vaccinale des enfants de première année primaire.

L'encodage et le dépouillement des données ainsi collectées sur base d'un document vaccinal au cours de l'année 1989-1990 permettent d'estimer que la couverture vaccinale des enfants rentrant en première année primaire n'était que de 34%.

Le rattrapage fait grâce à la médecine scolaire n'aurait été que de 7%. Ces taux sont calculés sur base de la vérification d'une carte vaccinale par les centres de santé.

Il est évident que ce système d'information sanitaire est encore ex-

périmental et que l'enregistrement des données doit être amélioré. Dès l'année 1990-1991, une amélioration sensible du système de récolte de données doit permettre de rendre les résultats plus fiables et une «rétroinformation» faite vers les différents centres de santé scolaire leur présentera leurs propres résultats.

4. Les enseignements de l'action.

L'hypothèse sur laquelle repose le programme RRO est qu'il est possible, dans le cadre de notre système de santé, de mobiliser et de coordonner les différents intervenants de la vaccination pour atteindre ensemble un objectif quantifiable commun et de maintenir cette action en l'évaluant.

Après une année de fonctionnement réel du programme, quels enseignements opérationnels préliminaires pouvons-nous tirer ?

Primo, le Ministère de la Communauté française a été reconnu par les différents intervenants (à tout le moins par leurs représentants) comme coordinateur et animateur d'un programme de santé multipartenaires. Cette reconnaissance a, semble-t-il, été obtenue moins par diktat d'autorité que par une prise de conscience progressive chez les partenaires (considérés dans le programme comme égaux et responsables) du potentiel que représenté une administration. Celle-ci peut être un élément de continuité indispensable à toute politique de santé. Elle a fait la démonstration qu'elle était capable de gérer une démarche collective par une concertation équilibrée entre des partenaires appartenant à des structures fort diverses.

Ce mandat de fait engage la crédibilité de l'Administration quant à sa capacité de poursuivre au quotidien la gestion d'un problème prioritaire de santé publique: l'élimination de 3 maladies.

Lu pour vous

L'honnivore

Peu de temps avant les fêtes de fin d'année, la RTBF nous présentait l'excellent film «Le festin de Babette». Le repas terminé, on retrouvait autour de la table, pour le débat, un médecin cardiologue, un médecin nutritionniste végétarien, un chef de cuisine d'une maison étoilée, un gastronome, et une chanteuse auteur d'un best-seller qui se veut médico-diététique.

N'oublions pas l'inévitable sociologue qui nous sert ici de guide pour notre promenade dans l'univers alimentaire. Il s'agit de Claude Fischler, auteur d'un récent ouvrage intitulé *L'Honnivore* (oui, avec un H), qui a inspiré l'essentiel des réflexions qui suivent.

Ce panel illustre de façon exemplaire la situation de l'être humain par rapport aux multiples interventions sociales qui viennent influencer son comportement de consommateur d'aliments.

Le gastronome, ce n'est pas le professionnel de la gastronomie, ni même le fin gourmet: c'est vous et moi, c'est monsieur tout-le-monde, qui en mangeant ne cherche pas seulement à satisfaire un besoin biologique, mais y trouve aussi une source de plaisir tout en se soumettant bon gré mal gré à d'innombrables contraintes sociales, sources de frustrations certes, mais aussi de nombreuses satisfactions.

Le végétarien est là pour nous rappeler que l'être humain, à la différence d'autres omnivores, a la faculté de sélectionner ses aliments, peut rejeter certaines substances, pourtant biologiquement comestibles. Question de goût individuel dans une société d'abondance, sans doute, mais aussi règle culturelle. Sans chercher très loin, rappelons que le cheval, l'escargot, et le lapin, aliments relativement courants en France et en Belgique, sont considérés comme non comestibles de l'autre côté de la Manche. Cette liberté de choix qui distingue radicale-

ment l'homo sapiens des autres espèces est mise en exergue par excellent mot-valise «honnivore» forgé par Fischler comme titre de son ouvrage.

Les contraintes qui gouvernent notre alimentation ne sont donc pas seulement naturelles, biologiques et économiques, mais aussi culturelles et sociales. Les plus évidentes de ces contraintes sociales sont symbolisées par deux personnages de notre panel, le médecin et le cuisinier. Tous deux prétendent améliorer notre alimentation en édictant un certain nombre de règles, chacun selon son art, chacun selon ses finalités. Finalités assez simples du côté de la médecine qui prétend simplement protéger notre santé. Finalités beaucoup plus complexes du côté de la cuisine: car le plaisir recherché n'est pas un plaisir solitaire de simple jouissance sensorielle, mais un plaisir qui s'accroît lorsqu'il est partagé, ce qui complique le jeu.

Aujourd'hui, cuisine et régime, gastronomie et diététique paraissent s'opposer naturellement. Cette opposition plaisir/santé ne va pourtant pas de soi dans toutes les cultures et à toutes les époques. Les premiers livres de cuisine, depuis l'Antiquité jusqu'à la Renaissance semblaient répondre à des préoccupations plus diététiques que gastronomiques. Mais à partir du XVII^e siècle, la cuisine prend son autonomie, se constitue comme corps de règles autour de la notion de «bon goût». Parallèlement, la médecine se développe sur des bases de plus en plus scientifiques. On se partage le terrain: le cuisinier s'occupe des menus et recettes des bien portants, la médecine se charge du régime des malades. Mais depuis le siècle dernier jusqu'à nos jours, la tendance hygiéniste qui se développe en médecine ne se satisfait pas de ce partage des compétences: en plus de la diète des malades, elle revendique un droit de regard sur la diététique, le régime de santé des

bien portants.

Depuis près de vingt ans, on assiste à une réconciliation de la diététique et du culinaire. Le nouveau cuisinier renonce aux artifices de la sophistication pour rechercher la vérité des mets enfin dépouillés des sauces classiques et de leur charge lipidique et calorique.

De leur côté, les médecins renoncent aux régimes purs et durs en y intégrant les préoccupations domestico-culinaires, ainsi qu'en témoigne un ouvrage paru dans la collection Bouquins chez Laffont sous le titre «Gastronomie des cardiaques, des diabétiques, etc».

En fait, la frontière entre la cuisine et la diététique est gagnée par le flou. La chanteuse présente à notre débat télévisé l'exprimait clairement. Rika Zaraï renvoie dos à dos le chef et le toubib pour nous proposer sa «Médecine naturelle», fondant sa légitimité sur son expérience vécue et sa notoriété. Dorénavant les médecins doivent ainsi composer avec une diététique populaire qui leur échappe en grande partie, portée sur la vague médiatique. Depuis quelques années en effet, le discours diététique des médecins est non seulement relayé mais largement amplifié par la culture de masse, avec ses inévitables simplifications, excès et déformations, parmi lesquels l'obsession de la minceur apparaît curieusement comme une valeur cardinale dans notre société d'abondance et de consommation.

Ce paradoxe n'est sans doute pas sans lien avec la multiplication de pathologies alimentaires telles que boulimie et anorexie. Ici encore, ces transgressions des normes nous confirment que le comportement alimentaire constitue bel et bien un langage, avec ses règles strictes, ses formes de politesse et ses tournures vulgaires, son style populaire, classique ou d'avant-garde.



Le premier est un signet à glisser dans le Répertoire Commenté des Médicaments, permettant donc au prescripteur de vérifier d'un coup d'oeil si une spécialité existe sous forme générique.

Le second est une petite brochure destinée au grand public et conseillant aux patients de demander à leur médecin de leur prescrire plutôt le générique, s'il en existe un bien sûr!

Deux réalisations pratiques fort bien faites, qui plairont sûrement au principal producteur belge de médicaments génériques! Mais que cela ne nous fasse pas oublier que dans de nombreux cas, la question essentielle n'est pas de savoir s'il existe un générique, mais bien si la prescription de telle molécule se justifie. Le cas du Glifanin/Glafémine est là pour nous le rappeler...

FPS, rue Saint-Jean 32, 1000 Bruxelles. ■

ALCOOLISME

Un dossier pédagogique

L'alcoolisme frappe tout particulièrement les jeunes. C'est pourquoi la COCIPA (Commission Chrétienne pour l'Information et la Prévention de l'Alcoolisme) nous présente un dossier pédagogique sur ce sujet. Celui-ci a en effet pour but de «donner aux enseignants un outil qui leur permette d'aborder l'alcoolisme sous un angle scientifique sans en évacuer pour autant l'incidence sociale dramatique, et de donner à l'élève une image suffisamment réaliste de la question pour qu'il décide de l'effacer de son existence ou d'en assumer la contrainte dans son propre milieu familial.»

Ce dossier présente dans un premier temps les données du problème: qu'est-ce que l'alcool, l'alcoolémie, l'alcoolisme. Dans un second temps, il montre les conséquences désastreuses de l'alcool dans la vie de tous les jours ainsi que les moyens préventifs et curatifs pour lutter contre lui.

Le dossier, présenté de façon très pratique sous forme de fiches individuelles, contient aussi une bibliographie, une liste d'adresses utiles et un ensemble de propositions d'utilisation selon l'âge des enfants (10-13 ans et 14-15 ans).

Dossier pédagogique alcoolisme, en vente au prix de 100 FB (80 FB à partir de 10 exemplaires) à la COCIPA, M. Ernest Meurice, rue de la Houlette 12, 1495 Sart-Dames-Avelines, tél.: 071/87.82.80. ■

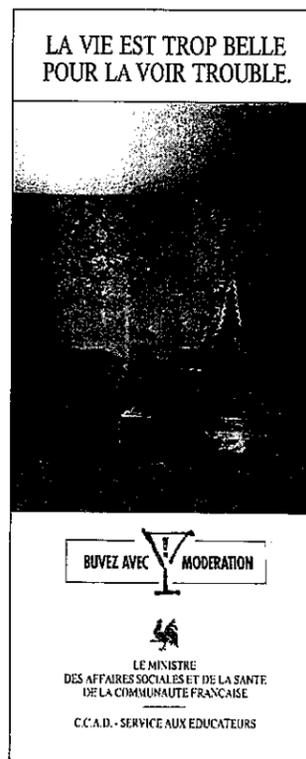
Buvez avec modération!

Depuis plusieurs années, la loi française impose aux publicités en faveur des boissons alcoolisées de contenir aussi un conseil de modération de la consommation. En général, ce rappel préventif apparaît en caractères minuscules dans un coin.

Le Comité de Concertation sur l'Alcool et les autres Drogues (CCAD) a choisi la même approche d'incitation à la modération lors de sa campagne de sensibilisation de fin d'année (message TV, 3 affiches, dépliant, autocollant).

Selon les responsables de la campagne, «l'utilisation des affiches et du dépliant a pour objectif de créer un climat social de réceptivité positive, susceptible de favoriser (...) la réalisation de projets concrets de prévention de la consommation inadéquate ou excessive de bois-

sons alcoolisées. Ces projets pourraient développer des partenariats entre intervenants des services spécialisés en prévention des toxicomanies, éducateurs pour la santé, et les pouvoirs publics communaux et provinciaux.»



C'est tout le mal qu'on leur souhaite...

On retiendra en tout cas l'indiscutable qualité des photos des affiches, en particulier celle nous montrant un bucolique paysage de campagne vu «trouble» à travers un verre de bière blonde à la belle mousse blanche. Cela donnerait presque l'envie de boire une bonne pils!

Cette campagne, qui se déroule également en Flandre, a reçu le soutien des AG.

Comité de Concertation sur l'Alcool et les autres Drogues, rue du Président 55, 1050 Bruxelles, tél.: 02/512.20.21. ■

Secundo, l'idée de plan ou programme de santé a rencontré l'adhésion active des organisations et des médecins, dans la mesure où il ne créait pas de nouvelle structure mais visait plutôt à la coordination responsable des actions des différents intervenants. L'«horizontalité» du projet est manifeste. Elle ne peut être opérationnelle qu'au prix d'un investissement important au niveau de la coordination et de la gestion centrale du programme.

Tertio, le Comité Directeur, outil de responsabilisation des différents intervenants, a permis cette intégration progressive des activités

en vue d'atteindre un objectif commun.

La pratique de santé publique au sein de ce Comité développe une meilleure perception collective des possibilités de complémentarités entre les différents intervenants et atténue l'esprit de concurrence propre à notre système.

Le CCCPS, qui, par sa recommandation explicite et concrète de prise en charge du problème RRO, mettait les intervenants au pied du mur, a créé les conditions psychologiques propices à ce début de changement d'attitude.

Quatro le programme RRO a permis d'améliorer chez plusieurs intervenants leur pratique en matière de vaccination.

Quelques exemples:

Chez les médecins privés (généralistes et pédiatres): adoption progressive d'un calendrier vaccinal commun et utilisation d'une même carte vaccinale.

A l'ONE, utilisation à présent généralisée des documents établis par la Communauté: carte de vaccination, affiches et feuillets d'information RRO.

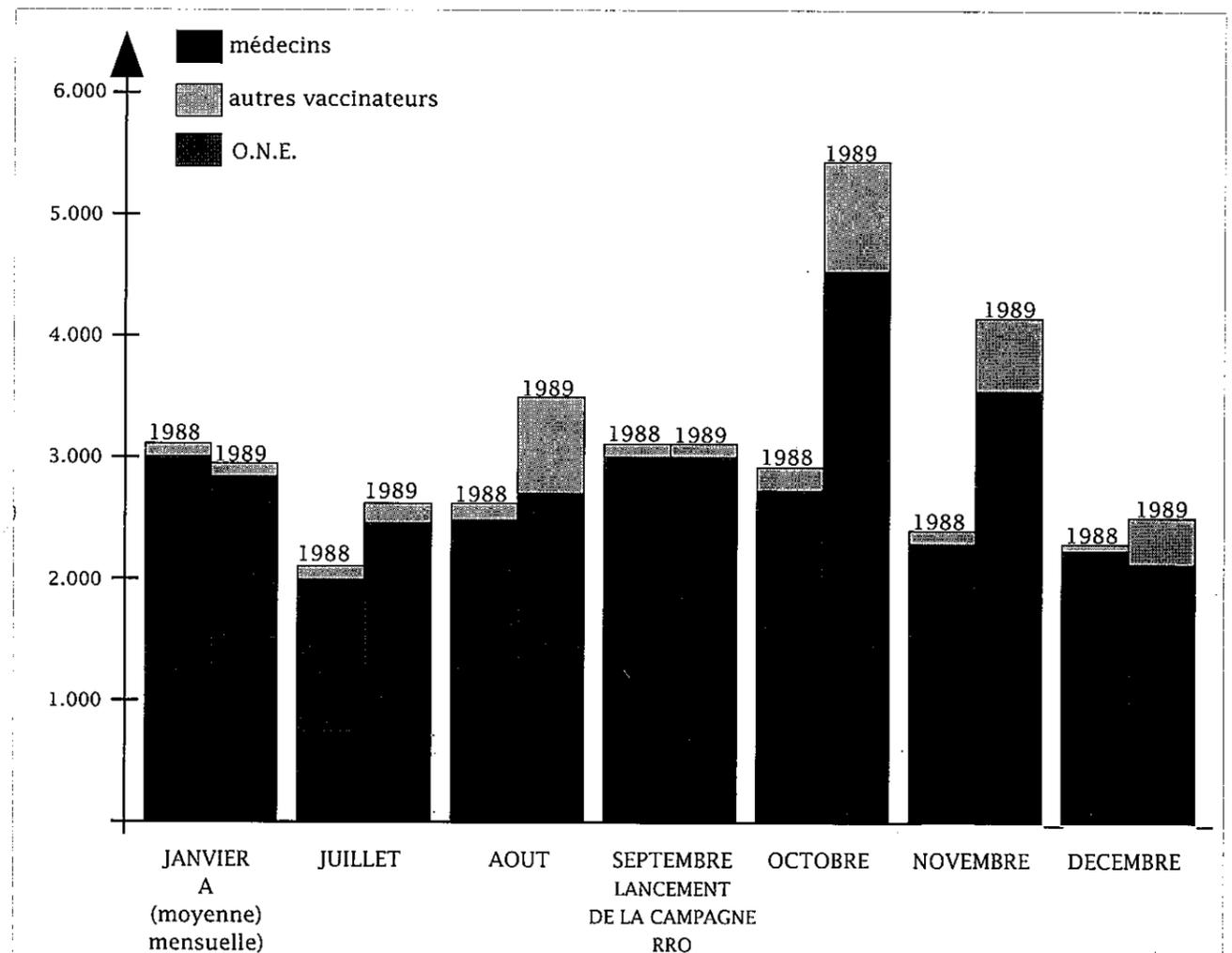


FIGURE 1: Nombre de doses de vaccin trivalent RRO commandées en 1988 et 1989. Répartition entre les différents vaccinateurs.

Dans les services de l'Inspection Médicale scolaire: amélioration du recueil des données et surtout, possibilité d'utiliser ces données par les médecins scolaires pour améliorer la vérification de l'état vaccinal des enfants sous leur responsabilité.

Participation active à la vaccination RRO dans certains centres de santé scolaire.

Dans le Service d'Hygiène et Prévention du Ministère: mise en place d'un système d'information sur la vaccination avec notamment l'enquête de couverture vaccinale et création d'une collaboration avec le Centre de Pharmacovigilance du Ministère de la Santé Publique, responsable de la surveillance des effets secondaires des vaccins.

Chez les laboratoires pharmaceutiques producteurs de vaccins, octroi d'un financement au programme RRO (représentant 35% du budget global) et abstention d'une publicité indépendante pour leur vaccin RRO.

Cinquo, les relais professionnels et sociaux ont largement participé à la diffusion d'un message unique et clair en faveur de la vaccination RRO: «Votre enfant est-il déjà vacciné?».

Le même message a été repris par la presse générale (plus de 15 articles) et spécialisée (tant médicale que d'éducation à la santé).

Les directions scolaires ont participé à l'envoi ciblé d'un document informatif à tous les parents d'élèves inscrits en première année primaire en 1989 et en 1990.

RRO
3 VACCINS
1 INJECTION

5. Tout n'est pas rose.

5.1. AMÉLIORER L'ACTION VACCINALE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES.

Dans notre système de santé l'action du médecin généraliste se situe au niveau de la relation particulière qu'il a avec son patient. Le généraliste est seul responsable du type et de la qualité de ses interventions.

Une étude récente sur la prévention en médecine générale (L.Berghmans, M.Boutsen, B.Swennen, M.Wanlin) a montré l'intérêt du généraliste pour la prévention mais aussi l'existence d'un sentiment de déresponsabilisation par la multiplicité des intervenants dans le champ préventif. Pour favoriser une meilleure prise en charge de la vaccination par les généralistes, il est souhaitable de mettre au point des outils opérationnels spécifiques à leur pratique (échancier, gestion de dossiers, procédure de convocation). L'existence même de ces outils spécifiques stimulera une prise de responsabilité par les médecins généralistes.

Un autre problème lié à l'organisation de notre système de santé est celui de la relation entre les généralistes et les gestionnaires du programme. Le rôle des organisations de médecins généralistes est notamment de représenter ceux-ci au sein de différents comités pour en être les partenaires actifs. L'expérience du Comité Directeur RRO est positive à cet égard. Encore faut-il que le médecin individuel soit suffisamment informé des résultats et des concertations et qu'il adhère activement et quotidiennement aux pratiques proposées par ses représentants.

5.2. ADAPTER LA LÉGISLATION AUX BESOINS DU PROGRAMME.

Vu le caractère systématique de leur intervention, les médecins scolaires jouent un rôle important dans

la surveillance de l'état vaccinal de notre population infantine.

Pour favoriser l'implication des médecins scolaires dans le programme, il fallait adapter le cadre légal de leur action en modifiant l'arrêté royal en faveur de la promotion de la vaccination anti-rubéoleuse en un arrêté de l'Exécutif de la Communauté française en faveur de la vaccination RRO. Ce toilettage de la législation n'est toujours pas terminé. Ainsi, une contrainte légale non levée dans des délais raisonnables risque d'émousser une collaboration qui s'annonçait prometteuse.

L'imbraglio institutionnel à propos de la gratuité du vaccin RRO pour les francophones à Bruxelles est un autre exemple qui illustre la nécessité d'une grande cohérence des autorités publiques lorsqu'elles s'engagent dans un programme de santé.

5.3. Doter l'Administration des moyens nécessaires à ses fonctions gestionnaires.

Le rôle pivot de l'Administration en tant que gestionnaire d'un programme de santé multipartenaires a déjà été largement souligné. Cette fonction n'a pu être assurée que grâce au renforcement du service compétent par une équipe extérieure.

Pour assurer la continuité du programme, il faut, à présent, que la Communauté se donne les compétences humaines et les moyens matériels appropriés.

Vu les difficultés financières de cette institution, cela implique dans le chef des responsables politiques une prise de conscience du potentiel d'une administration dans la gestion de santé et le choix des priorités.

6. Conclusion.

Les résultats obtenus jusqu'à présent par le programme RRO sont relativement encourageants. Fin

SIDA

Questions de femmes

Deux brochures sortent simultanément sur le même sujet, femmes et sida. Ce n'est pas dû au hasard, puisque les problèmes spécifiques aux femmes étaient au centre des préoccupations de la journée mondiale du sida 1990, et que la maladie touche un nombre important de femmes (30% des personnes séropositives en Belgique).

Le premier document, réalisé et diffusé gratuitement par Infor Sida, a un double objectif: rappeler certaines informations de base sur la transmission et le dépistage; aider les femmes dans leur effort de prévention tant vis-à-vis d'elles-mêmes, de leur partenaire que de leurs enfants.

La brochure est illustrée par huit projets d'affiches dus à de jeunes

créatifs issus de quatre écoles bruxelloises d'arts graphiques et visuels, et sélectionnés par un jury de professionnels de la santé et de la communication. Curieusement, le projet lauréat nous a semblé le moins bon des huit. Des goûts et des couleurs...

Le second document, «Prévention du sida - Questions de femmes», est édité en commun par l'Agence Française de Lutte contre le Sida et le Centre National d'Information et de Documentation des Femmes et des Familles (France).

On y trouve à peu près les mêmes informations, mais plus détaillées: rappel des notions fondamentales; savoir se protéger (vie quotidienne, vie professionnelle, vie sexuelle, le VIH et le sang); vivre son désir de

maternité; éduquer et informer ses enfants. Les données sont présentées au départ de 60 questions que les femmes se posent le plus souvent à propos de la maladie.

Plus complète (40 pages de texte pour 13 à la brochure d'Infor Sida), «Questions de femmes» est présentée avec une grande sobriété qui en fait un outil d'information très (trop?) sérieux d'aspect.

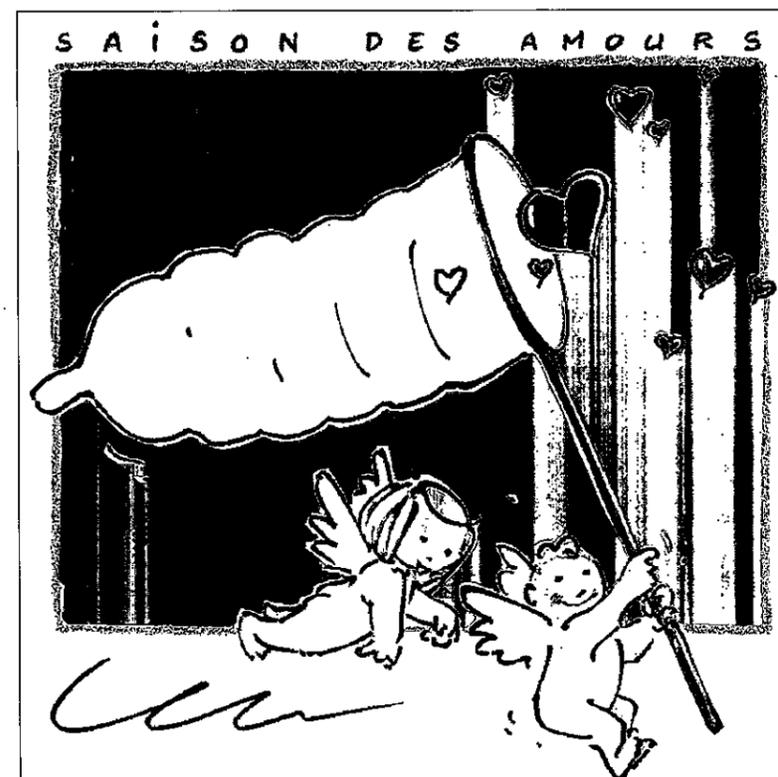
Femmes et sida, brochure gratuite disponible sur simple demande auprès d'Infor Sida, rue du Collège 61, 1050 Bruxelles, tél.: 02/646.11.75.

Questions de femmes, 44 pages, 10 FF. Agence Française de Lutte contre le Sida, Immeuble Le Berry, 2 rue Auguste Comte, 92170 Vanves. CNIDFF, 7 rue du Jura, 75013 Paris.

Les médicaments génériques

Peu connus du grand public et des médecins, régulièrement descendus en flamme par l'industrie pharmaceutique qui ne les aime pas, affirmant primo qu'ils ne valent pas la spécialité de référence et secundo qu'ils entraînent la mort de la recherche dans notre pays, les médicaments génériques ont bien des difficultés à se faire une place dans l'arsenal thérapeutique mis à la disposition des médecins belges.

Les Femmes Prévoyantes Socialistes leur donnent un petit coup de pouce en éditant deux documents destinés à les mieux faire connaître.



Le joli projet de Serge Dehaes

Bougez avec moi...



On nous le répète souvent: nous sommes trop sédentaires, le cocooning a fait de nous des paresseux. Nous accomplissons de moins en moins d'efforts physiques dans notre vie quotidienne.

L'augmentation de la fréquence des maladies vasculaires, des douleurs au dos, des problèmes de poids, de stress, est en partie liée au fait que nous avons de moins en moins d'occasions de nous bouger.

Nous pouvons y faire quelque chose, de façon relativement simple, sans pour autant verser dans la pratique intensive d'un sport de compétition. L'important est de se dérouiller les muscles régulièrement.

Infor Santé vient de sortir un dépliant de sensibilisation sur le sujet, «Bougez avec moi...». On y

trouve un petit récit muet en images montrant comment de modestes changements d'habitudes dans la vie de tous les jours peuvent déjà nous aider à prendre un peu d'exercice. On y trouve aussi divers conseils destinés aux gens ayant une activité surtout sédentaire.

Infor Santé propose en outre un feuillet «Mise en forme» décrivant une série de mouvements constituant un programme de base pour un petit dégrasement quotidien. Ils ont pour but de faire bouger les articulations et les groupes musculaires les plus importants, et de réactiver quelque peu l'ensemble de nos fonctions.

Les deux dépliants peuvent être obtenus gratuitement à Infor Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles, tél.: 02/237.48.53. Joindre un timbre à 14 francs pour la réponse.

Petite histoire de la douleur

C'est le titre d'une jolie brochure en couleur, richement illustrée, qu'on peut se procurer en pharmacie. Le but de ce document est malheureusement moins de nous raconter les avatars des traitements de la douleur à travers les siècles que de nous vanter les mérites d'une marque d'antidouleur bien contemporaine qui n'est jamais citée, si ce n'est à travers sa DCI (Dénomination Commune Internationale).

Les auteurs en profitent aussi pour dénigrer en passant les deux analgésiques simples les plus utilisés, l'acide acétylsalicylique ou aspirine (1899) et le paracétamol (1972), et souligner la «nouveau» du leur, apparu en Belgique en 1985. Le comble, c'est que ce n'est même pas tout à fait vrai, puisque ce médicament existe chez nous depuis 1969,

mais sous une autre marque et comme anti-inflammatoire.

L'art de faire du neuf avec de l'ancien, en somme, et de jeter de la poudre aux yeux.

Animaux de compagnie

L'Office des Pharmacies Coopératives publie un dépliant (tout public, distribution en pharmacie) et une brochure (à l'usage du pharmacien) sur le thème «Santé et animaux de compagnie».

Le dépliant présente les zoonoses (ou maladies infectieuses de l'animal transmissibles à l'homme) les plus courantes, les réactions allergiques aux animaux, les parasitoses de la peau, ainsi que des règles d'hygiène et conseils d'entretien des animaux de compagnie.

La brochure reprend de manière détaillée et plus scientifique les différentes maladies: agent pathogène, mode d'infection, symptômes chez l'animal et chez l'humain, diagnostic, traitement, épidémiologie, ...

Pas vraiment facile de s'y retrouver parmi toutes ces bêtes, mais c'est certainement très utile. Signalons encore la présence, en fin de brochure, d'un tableau récapitulatif des possibilités de voyage dans les principaux pays d'Europe occidentale et orientale, Etats-Unis et Afrique du Nord, et des principales exigences en matière de vaccination.

Le prochain thème traité par Ophaco sera «Les maux d'estomac».

Santé et animaux de compagnie, dépliant et brochure, Ophaco, chaussée de Mons 602, 1070 Bruxelles, tél. 02/522.56.90.

1991, l'évaluation de la couverture vaccinale des enfants nés après le lancement de la campagne nous confirmera si l'objectif de 85% de couverture a été atteint ou non.

Le programme RRO passe par toutes les phases d'un programme de santé publique: analyse de la situation, prise de décision, mise en place d'une stratégie, évaluation et rétroinformation et, nous l'espérons, développement dans la continuité. Ce parcours mérite d'être analysé pour tous ceux qui s'intéressent à la gestion de santé publique dans notre Communauté. Les éléments préliminaires de réflexion présentés dans cet article ouvrent le débat.

Dr B. Swennen, Dr L. Berghmans, Ecole de Santé Publique - ULB ■

Les jeunes européens, le tabac et l'alcool

Vous connaissez bien maintenant l'enquête OMS sur les comportements de santé des jeunes, que Danielle Piette et Marianne Prévost vous ont présentée dans nos colonnes l'an passé.

Jacques-René Rabier, conseiller spécial du programme «L'Europe contre le cancer», nous a transmis les premiers résultats d'une enquête des Communautés Européennes auprès des jeunes de 11 à 15 ans des douze pays membres de la CEE, enquête portant sur le tabagisme et l'alcool. Cela constitue un ensemble de données intéressantes qui complètent un travail comme celui parrainé par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Nous en extrayons quelques éléments frappants.

1. Les jeunes européens et le tabac

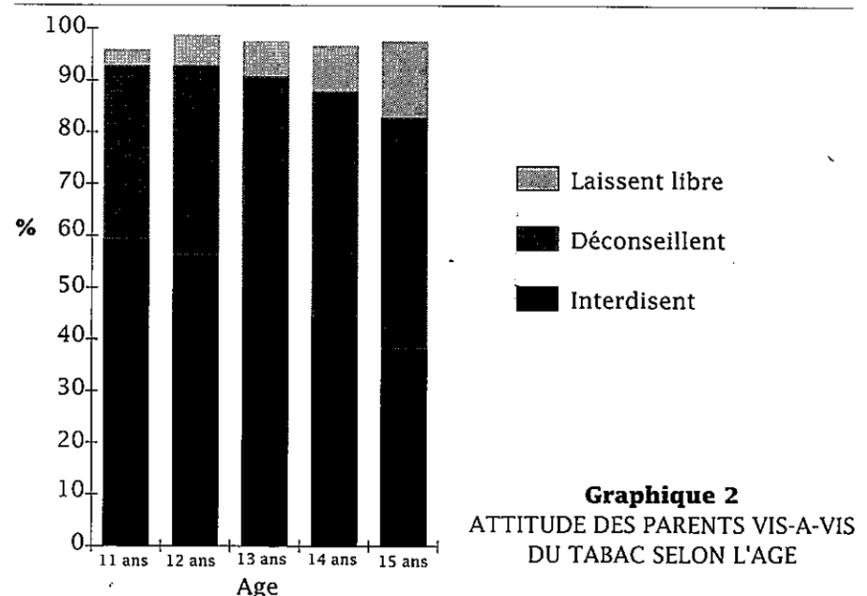
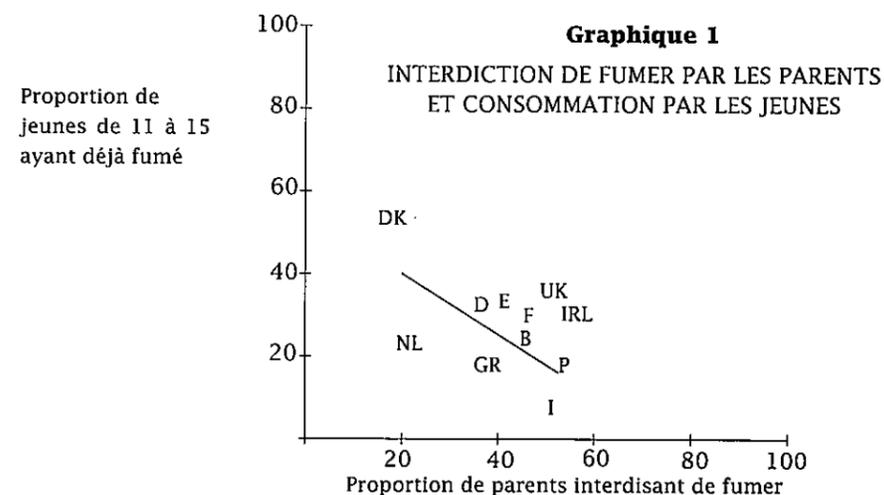
Initiation. 5% environ des jeunes sont des fumeurs réguliers (au moins une fois par semaine), et ce pourcentage ne varie que faiblement d'un pays à l'autre.

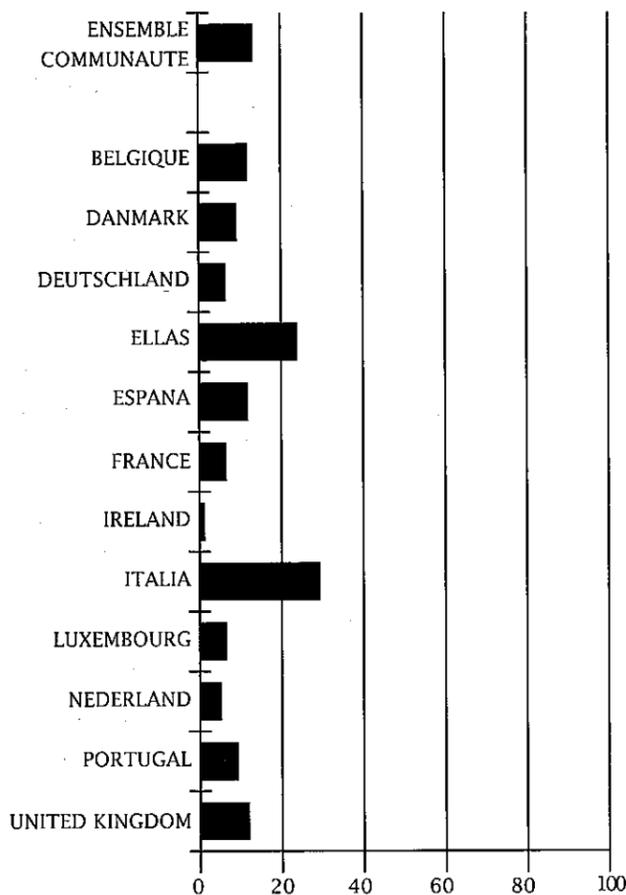
Attitude des parents. Elle peut être d'interdire à leurs enfants de fumer, de le leur déconseiller fortement, ou, plus rarement, de les laisser libres de leur choix. On observe que la proportion de jeunes ayant déjà fumé est en relation inverse avec la proportion de parents qui interdisent à leurs enfants de fumer (voir graphique 1). L'attitude évolue aussi selon l'âge des enfants (voir graphique 2).

L'entourage. Le père et/ou la mère d'un jeune sur deux fument (six sur dix en Espagne et en Grèce). L'influence de l'entourage fera l'objet d'analyses ultérieures.

Prévention à l'école. Un jeune Européen sur trois en moyenne déclare n'avoir pas entendu parler des dangers du tabac pendant les cours. C'est beaucoup.

Opinions. Malgré l'exemple négatif de nombreux parents et les insuffisances de l'éducation pour la santé, sans parler des coûteuses campagnes de publicité des fabricants de cigarettes ciblées sur les jeunes, ces derniers ont, dans leur grande majorité, une image négative du tabac.





Graphique 3:
JEUNES DE 11 A 15 ANS QUI CONSOMMENT REGULIEREMENT DEL'ALCOOL (Au moins 1 fois par semaine)

2. Les jeunes européens et l'alcool

Premier verre. Six jeunes sur dix ont goûté à l'alcool (vin, bière, cidre, apéritifs ou alcools forts), et 14% consomment au moins une fois par semaine une boisson alcoolisée (voir graphique 3).

Attitude des parents. Ils semblent plus permissifs dans ce domaine que pour le tabac (moins d'un tiers l'interdisent).

Consommation des parents. De grandes différences apparaissent entre les pays producteurs de vin et les autres (voir graphique 4).

Prévention. Environ 55% des jeunes

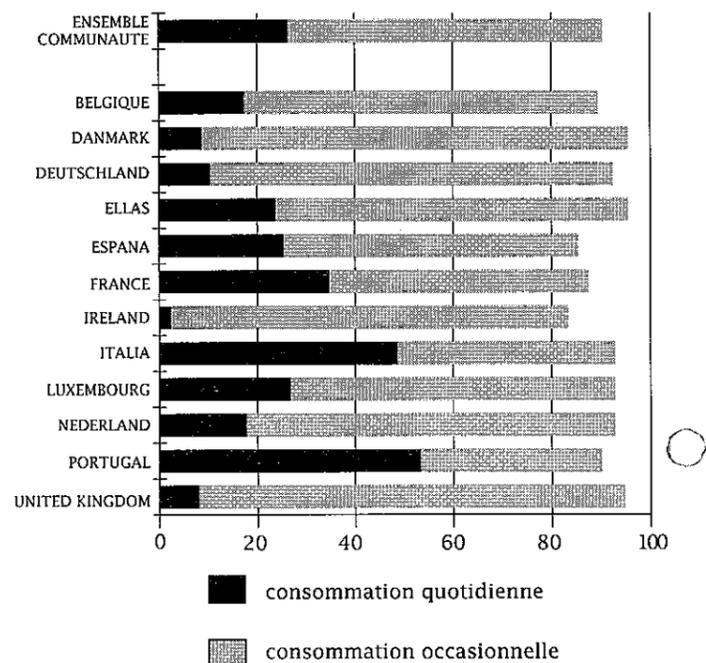
ont entendu parler à l'école des dangers de l'alcool. C'est un peu moins que pour le tabac.

Opinions. Elles sont moins tranchées qu'en ce qui concerne le tabacisme. La seule proposition qui recueille un large consensus est «L'alcool est la cause de nombreux accidents de la route» (86% de tout à fait d'accord).

3. Deux problèmes exigeant des approches éducatives spécifiques

Il est délicat de comparer les risques de la consommation de tabac et de celle d'alcool. Le Code Européen Contre le Cancer dit d'ailleurs

Graphique 4:
LA CONSOMMATION D'ALCOOL DES PARENTS



d'une part «Ne fumez pas» et d'autre part «Modérez votre consommation de boissons alcoolisées, bières, vins ou alcools».

La consommation de telle boisson alcoolisée est un trait culturel profondément enraciné dans la vie quotidienne de certains pays. Il est donc logique que les attitudes des jeunes Européens (et aussi de leurs parents) soient plus tolérantes à l'égard de l'alcool qu'à l'égard du tabac.

Une meilleure connaissance des opinions, attitudes et comportements dans chaque pays est indispensable, afin d'orienter les actions éducatives et législatives futures en connaissance de cause.

Un rapport approfondi sur cette enquête sera publié ultérieurement.

Pour tous renseignements: *L'Europe contre le Cancer, rue de la Loi 200, 1049 Bruxelles.*

Un solide dossier sur l'alimentation



La Croix-Rouge de Belgique a une longue tradition de publications de qualité dans le domaine de l'éducation pour la santé. Restrictions budgétaires obligent, à une politique de diffusion massive et gratuite a succédé une production plus réduite et distribuée au prix coûtant. C'est peut-être moins payant pour l'image de marque de la maison, mais cela témoigne aussi de ce que l'éducation pour la santé est davantage prise au sérieux, dans la mesure où la qualité reste une préoccupation essentielle. Ce qui est bien le cas: le nouveau dossier pédagogique à l'usage des enseignants et consacré à l'alimentation est vraiment remarquable.

Très belle présentation tout d'abord: mise en page très claire, illustration abondante et très soignée, tant pour les images didactiques que pour les évocations plus poétiques ou humoristiques qui rendent l'ensemble plus «digeste» pour un profane. Ce n'est pas un luxe, car la matière est abondante et technique.

Très technique pour le profane que nous sommes: nous faisons donc confiance aux professionnels qui ont écrit ou relu l'ouvrage. Cela ne nous empêche pas cependant d'apprécier la conception globale, la démarche pédagogique proposée ainsi que l'organisation pratique.

La conception globale: il y a le souci manifeste d'une approche scientifique rigoureuse et suffisamment précise, ce qui est la moindre des choses pour un ouvrage à vocation scolaire. Ce qui est plus rare, c'est la volonté - évidente ici - de faire le lien entre les données scientifiques et le vécu concret. L'illustration poétique un peu envahissante à première vue n'est nullement gra-

tuite: le personnage omniprésent, mi-adolescente, mi-lutin (ou petite fée?), rappelle en permanence à l'enseignant qu'il s'adresse à des jeunes gens et jeunes filles qui mangent et boivent (plus ou moins bien), se dépensent, grandissent, grossissent ou maigrissent..., que l'essentiel dans l'enseignement, ce n'est pas la matière, mais les enseignés.

Ceci nous amène à l'aspect pédagogique. L'enseignant trouvera ici tout ce dont il a besoin: notions de base, dessins, tableaux ou schémas didactiques, expériences scientifiques, sous une présentation très claire et très soignée. Outre l'aspect physiologique, une approche législative et technologique n'est pas négligée.

Passons enfin aux aspects pratiques. Le dossier est réalisé sur papier fort, en feuilles perforées de format A4. Impression en deux couleurs, plus de nombreuses pages en quadrichromie. Techniquement impeccable. Vendu au prix de 300 francs. Pour plus de cent fiches, ce n'est pas cher, même si c'est fourni sans couverture: un classeur à anneaux ordinaire fera l'affaire.

Une suggestion concrète: ajouter une table des matières complète et un index.

Un autre souhait: rendre l'approche plus globale encore en ajoutant une partie traitant des aspects psychosociaux, d'une part, économiques et politiques d'autre part. La boulimie des pays riches et la famine du tiers-monde. Tant qu'on y est, pourquoi pas un peu de pratique: des recettes pour le repas pris (ou pas pris) à l'école; des suggestions pour un dîner entre copains...

L'alimentation, dossier pédagogique à l'usage des enseignants, Croix-Rouge de Belgique, Service Education pour la santé, chaussée de Vleurgat 84, 1050 Bruxelles. tél: 02/645.46.62.

SOMMAIRE

1ère partie: la nutrition, un aspect de la physiologie humaine

1. L'Homme, un tout fonctionnel
Les fonctions de l'organisme, la cellule,...
2. Besoins nutritionnels
Les besoins de l'organisme, la masse idéale, les rôles, besoins, carences et sources des nutriments,...
3. Physiologie de la nutrition
L'anatomie du système digestif, la résorption intestinale,...

2ème partie: la nutrition, une question d'équilibre

1. Equilibre alimentaire
Les règles de base d'une alimentation équilibrée, la répartition des repas, les rations alimentaires,...
2. Classification des aliments
Les risques alimentaires, les apports nutritionnels,...
3. Valeur nutritionnelle des aliments
Les tables de composition des aliments,...
4. De la théorie à la pratique
Bilan nutritionnel, équilibre et plaisir,...

3ème partie: la nutrition, une approche législative et technologique

1. Alimentation et consommation
L'emballage des aliments, l'étiquetage,...
2. Substances incorporées aux aliments
Les additifs, les contaminants,...
3. Conservation et préparation des aliments
Les méthodes de consommation, les méthodes de cuisson,...
4. Intoxications alimentaires
Les contaminations, les règles d'hygiène,...

Association des Parents d'Aveugles et Mal-voyants de Belgique francophone APAM (BF)

L'Association des Parents d'Aveugles et Mal-voyants de Belgique francophone a été créée en 1986. Elle est la seule association qui réunisse des parents d'enfants handicapés visuels en dehors des structures médicales ou scolaires spécialisées. Cette particularité lui confère une indépendance au niveau des interventions et des interpellations quand il s'agit de faire en sorte que les parents aient accès aux services qui leur sont réservés. Elle lui permet également de toucher les familles qui n'ont aucun lien avec les institutions spécialisées car le handicap, dans bien des cas, est vécu dans la solitude et l'isolement.

Son but est d'aider les parents à comprendre et à vivre le handicap de leur enfant de telle sorte que celui-ci puisse s'insérer dans la société. A travers cette aide apportée aux parents, c'est bien l'épanouissement de l'enfant handicapé visuel qui est recherché. En effet, c'est principalement dans son milieu familial que celui-ci pourra découvrir les moyens d'affronter les difficultés particulières de son existence.

Elle a également pour objectif de représenter les parents auprès des pouvoirs publics et de tout organisme public ou privé concerné par les problèmes de l'enfance handicapée en général et des enfants déficients visuels en particulier. Pour donner encore plus de poids à cet aspect de son travail, elle est membre du Comité Belge pour la Promotion des Aveugles et des Mal-voyants et de «Grandir Ensemble» (association francophone de toutes

les associations de parents d'enfants handicapés). L'A.P.A.M.(B.F.) organise elle-même ou en collaboration avec d'autres des activités de loisirs où les enfants déficients visuels ont l'occasion de se détendre avec des enfants voyants dans un encadrement adapté à leurs capacités.

Elle organise des rencontres entre parents et espère créer ainsi une dynamique d'entraide.

Un répertoire de tous les titres de livres, dictés sur cassettes dans sept centres de transcription sonore en Belgique et en France, est publié régulièrement. Ce répertoire compte plus de 7.500 titres avec leurs références. Il s'agit d'un travail tout à fait unique qui rend nombre de services tant aux utilisateurs qu'aux responsables des différents services de traduction sonore du pays. Des dossiers ont été réalisés tels que: «La locomotion», «L'intégration scolaire», «Le jouet et l'enfant handicapé visuel», «Lire pour l'enfant handicapé visuel: où, quoi, comment», «Les aides techniques pour l'enfant handicapé visuel» ainsi qu'une brochure à l'usage des parents de jeunes enfants mal-voyants ayant pour titre «Comment apprendre à regarder».

L'association édite quatre fois par an une revue intitulée «APAMbf MAGAZINE» qui est envoyée à plus de 125 familles.

L'A.P.A.M.(B.F.) entretient des relations étroites avec d'autres associations de parents vivant le problème du handicap visuel au Québec, aux U.S.A., en France, en Suisse

et en Finlande. Des échanges ont lieu afin que ne se perde pas le bénéfice des expériences des uns et des autres.

Siège social

rue en Bois 104, 4000 Liège. Tél.: 041/26 65 52

Siège administratif

chaussée de Waterloo 52, 5002 Saint Servais. Tél.: 081/22 65 22. Contact: Michel Flémal (secrétaire). La permanence est assurée au siège administratif.

Sections régionales

Liège: Anne-Marie Turi, rue de la Résistance 12, 4610 Beyne-Heusay, tél.:041/58 78 93.

Namur: Auguste Mercier, rue Jenay 3, 5830 Lessines, tél.: 081/56.86.36.

Hainaut: Alain Eyckeman, rue W Churchill 121A, 6180 Courcelles, tél.: 071/45.08.54.

Brabant: Françoise Jacobs, rue Saint-Roch 26, 5890 Chaumont-Gistoux, tél.: 010/68.85.43.

fiche mise à jour le 20/12/1990.■

Le mois prochain, nous vous présenterons l'Association Belge des Parents d'Enfants en Difficulté d'Apprentissage (APEDA)

La prévention en médecine générale

Le médecin a évidemment des responsabilités dans le domaine de la prévention vis-à-vis des patients et des familles qui le consultent habituellement: nul ne songera à le nier et surtout pas les médecins généralistes eux-mêmes. Mais comment les médecins conçoivent-ils leur rôle dans ce domaine? Y croient-ils vraiment? Que font-ils concrètement? Quelles difficultés rencontrent-ils?

Depuis plusieurs années, l'Association Contre le Cancer a basé une partie importante de sa stratégie sur une collaboration avec les médecins généralistes. Il était donc très important pour elle de mieux connaître leur sensibilité dans ce domaine. C'est dans ce but qu'elle a financé une enquête menée sous la responsabilité du Dr. Luc Berghmans.

Une enquête d'opinion

Disons d'emblée que l'intérêt de l'étude ne réside pas principalement dans les données qui essaient de cerner quantitativement la pratique préventive des médecins: il ne s'agit ici que de pratiques alléguées par les médecins eux-mêmes, de mémoire, sans consulter leurs dossiers. Elles sont probablement quelque peu optimisées par rapport à la réalité, suivant la tendance bien connue chez tous les enquêtés à orienter leurs réponses dans le sens des attentes qu'ils attribuent aux enquêteurs. Le recoupage avec certaines données disponibles par ailleurs permet de constater que ce biais n'a que peu influencé les réponses.

Mais l'intérêt principal de l'enquête réside davantage dans les opinions

émises par les médecins: une stratégie de prévention centrée sur la médecine générale serait évidemment vouée à l'échec si les généralistes dans leur majorité jugeaient la médecine préventive inutile ou inefficace.

On y croit, mais pas plus que ça...

Pour 56 % des médecins interrogés, la prévention a, au cours des dernières années, eu un effet positif (49 %), voire très positif (7 %). Mais 44 % ne jugent cet effet que faiblement positif (41 %) voire nul (3 %). Le ton est donné, ce n'est pas l'enthousiasme!

Plus concrètement, quand on cite des structures de prévention précises, on obtient des réponses très diversifiées. Les groupes de self help obtiennent un score remar-

quable: leur impact est jugé important ou très important par 62 % des médecins, tandis que 35 % l'estiment peu important ou nul. Des scores honorables sont également attribués à l'ONE (impact important ou très important: 54 %; impact peu important ou nul: 37 %), et aux associations de prévention du type Association contre le Cancer ou Ligue cardiologique belge (50 % contre 41 %). La médecine scolaire trouve également grâce aux yeux de 50 % des médecins, mais contre 47 % plus réservés. La proportion commence à s'inverser pour la médecine du travail (43 % contre 50 %). Pour les autres, l'opinion est plutôt négative, mais on est surtout frappé par l'important taux de non-réponses concernant la FARES (48 %), les organismes d'éducation sanitaire (46 %), le Ministère de la Communauté française (39 %), le Ministère de la Santé publique (37 %).

La pratique: bouteille à moitié vide ou à moitié pleine?

SYNTHÈSE DES ACTIVITÉS PRÉVENTIVES RAPPORTÉES PAR LES GÉNÉRALISTES (EN %, N=138)

| | pratique systématique | pratique occasionnelle | pratique rare ou nulle |
|--------------------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|
| dépistage du cancer du sein | 38 | 46 | 15 |
| dépistage du cancer du col | 24 | 35 | 41 |
| vaccination enfant | 46 | 38 | 16 |
| vaccination antitétanique | 33 | 67 | 0 |
| programme d'arrêt du tabagisme | 5 | 17 | 78 |
| examen de santé | 2 | 16 | 72 |

Nous ne nous étendrons pas sur ces chiffres qui seront considérés comme encourageants ou au contraire décevants selon qu'on regroupe les deux premières colonnes ou les deux dernières. Dans le premier cas, on se réjouira qu'un nombre important de médecins pratiquent au moins occasionnellement ces activités préventives. Dans l'autre, on regrettera qu'ils soient si peu nombreux à systématiser cette pratique. Et il est vrai que, du point de vue de la santé publique, un dépistage ou une vaccination des groupes à risque ne présente un intérêt réel que lorsqu'elle dépasse un certain seuil, lorsqu'une partie assez importante de la population est couverte.

Les obstacles à la prévention

Il est dès lors essentiel de savoir pourquoi ces activités préventives sont si peu pratiquées par les médecins, alors même qu'ils reconnaissent leur utilité et leur efficacité.

Les programmes d'arrêt du tabagisme font cependant exception à ce niveau. La raison la plus souvent invoquée (citée par 30 % des généralistes) pour justifier leur non systématisation est que les médecins ne croient pas à l'efficacité de tels programmes ou encore (citée par 29 %) qu'ils ne sont pas informés ou convaincus des recommandations officielles ou académiques à ce sujet.

Et de fait, il ne nous semble pas sûr que le médecin soit le mieux placé et le mieux formé pour appliquer ce genre de programme.

22 % des généralistes soulignent d'ailleurs à juste titre que l'efficacité dépend fortement de la motivation et qu'il faut donc une demande du patient. 21 % déclarent en outre que cela ne correspond pas à une demande de la clientèle.

L'offre et la demande

Ce manque de demande du public semble d'ailleurs considéré par les médecins comme un des obstacles majeurs au développement de leur pratique préventive. Cet argument est avancé par 65 % des répondants pour la prévention en général et par une proportion importante pour certaines activités préventives spécifiques (dépistage du cancer du sein: 52 %, dépistage du cancer du col: 26 %).

Pourtant, d'après d'autres enquêtes, le public met en évidence le rôle positif essentiel de la communication avec le généraliste dans son comportement préventif: 76 % des femmes interrogées qui n'ont pas bénéficié d'un dépistage du cancer du col accepteraient de le passer si la proposition en était faite par le médecin.

Il y a donc contradiction entre les opinions récoltées auprès des généralistes et auprès du public. Le public semble attendre informations et propositions tandis que les généralistes craignent d'être jugés trop interventionnistes par un public qui n'exprime pas de demande.

La concurrence et la dilution des responsabilités

La prise en charge de certaines activités préventives par d'autres structures est aussi citée fréquemment comme motif de leur non systématisation par les généralistes: pour le dépistage des cancers du sein et du col, les femmes sont souvent supposées suivies par leur gynécologue; pour les vaccinations de l'enfant, une grande partie de la population est suivie par l'ONE ou par un pédiatre. Une telle situation entraîne évidemment une dilution des responsabilités entre les diffé-

rents intervenants aux dépens d'une couverture préventive optimale.

Une meilleure définition du rôle de «généraliste de la prévention» du médecin de famille et la promotion de ce rôle chez les professionnels, les institutions et le grand public apparaissent dès lors comme des étapes utiles au développement de la prévention.

A court terme, le rôle d'explication et de vérification de la couverture pour les actes préventifs essentiels devraient figurer comme un «minimum minimorum» parmi les fonctions du généraliste.

Difficultés pratiques, information, formation

88 % des généralistes interrogés acceptent l'idée de centraliser toute l'information préventive concernant leur clientèle et déclarent que cela ne poserait guère de problèmes pratiques. Mais les auteurs de l'étude nuancent ce résultat en rappelant que 80 % des généralistes ne disposent pas d'aide de secrétariat, que dans les dossiers du généraliste lui-même, les taux d'inscription des données utiles à la prévention ne sont pas optimaux et que l'usage de l'outil informatique reste peu répandu.

Le manque d'information constitue également un obstacle, non pas qu'elle soit inexistante ou indisponible, mais c'est plutôt sa présentation dispersée entre de nombreux relais de communication qui la rend peu utilisable rapidement en pratique, alors qu'elle s'avère nécessaire pour compenser certaines lacunes de la formation de base.

La maison médicale, elle-même confrontée au problème de l'information et de la prévention, a voulu rencontrer toutes les associations du quartier et ensemble nous avons élaboré une méthode destinée à sensibiliser efficacement le plus grand nombre de jeunes.

Ensemble nous avons choisi un thème commun à développer pendant une année. Le principe est de donner des séances d'information à la maison médicale, et ensuite, et c'est là l'étape la plus importante, de retravailler le thème dans les ateliers créatifs des associations.

Deux impératifs: les notions théoriques et abstraites doivent être abordées de manière ludique (jeux, vidéo ...) afin d'éveiller une participation active et créatrice des jeunes, et le thème doit être intégré dans les ateliers existant déjà dans les associations (cuisine, théâtre, bricolage, ...).

Les bonnes idées épanouissant les grands sourires, nous y avons vu un nombre impressionnant de caries, ce qui nous a amené à choisir le thème de l'hygiène dentaire pour l'année 89-90. Cible: les jeunes répartis en 2 tranches d'âge, 6-14 ans et 15-18 ans.

Objectif à long terme: acquisition et maintien d'une bonne dentition par l'hygiène. Stratégie: prendre conscience de l'utilité d'une bonne dentition, et comment faire pour l'acquérir et la sauvegarder.

Nous avons développé notre action selon 3 axes: lutte contre la consommation excessive de sucreries et boissons sucrées, brossage régulier des dents avec un matériel adéquat, visite de contrôle annuelle chez le dentiste.

En pratique, nous avons organisé de nombreuses séances d'information sur le rôle des dents et la manière de les garder en bonne santé. Ensuite, les ateliers créatifs

des associations ont remis le sujet sur l'ouvrage:

- fabrication de «bons amis» des dents en frigolite (objets réutilisés dans le parcours-santé de l'opération été-jeunes);
- organisation de goûters «bons pour les dents»;
- création d'une pièce de théâtre par les jeunes de 15 à 18 ans, dans un décor réalisé par les ateliers bricolage des plus petits. Une représentation publique a réuni toutes les associations du quartier, et un enregistrement vidéo intitulé «Aïe mes dents» en a été tiré.

La cassette est disponible à Culture et Santé, avenue de Stalingrad, 24, 1000 Bruxelles, Tél.: 02/513.56.99. Elle s'adresse principalement à un public de 6 à 14 ans d'origine maghrébine et présente sous forme humoristique les impératifs d'une bonne hygiène dentaire.

Pour tout renseignement complémentaire, s'adresser au Service Social de la maison médicale Norman Béthune, rue Piers, 68, 1080 Bruxelles, Tél.: 02/427.98.18.

Combat pour la vie

Vaste mobilisation française contre la toxicomanie

Au mois de juin de l'an dernier, 7 représentants de la vie associative française (Fédération Nationale Léo Lagrange, Fédération Nationale de la Mutualité Française, Union Nationale des Familles, Fédération de l'Education Nationale, Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie, Jeunesse Ouvrière Chrétienne, Croix-Rouge Française), réunis autour de Georgina Dufoix, se sont engagés à mener un «combat pour la vie» en signant une charte intitulée ainsi. Cette signa-

ture se voulait le premier maillon de l'engagement des forces vives de la nation dans l'action pour la victoire contre la drogue.

Bientôt rejoints par une quinzaine d'autres mouvements, ils ont décidé de se constituer en Comité National de Pilotage et de contribuer à la création puis à l'animation et au développement de comités locaux de pilotage partout où cela sera possible et nécessaire.

Ils se sont engagés à mener une quadruple tâche:

- *informer et éduquer* afin d'accroître la prise de conscience du corps social;
- *écouter* afin d'organiser le dialogue avec les familles et les jeunes en difficulté;
- *observer* pour diagnostiquer les nouvelles formes de dialogue social et suivre les évolutions de la toxicomanie;
- *proposer* des réponses adaptées à des situations locales spécifiques en partenariat avec les intervenants en toxicomanie.

Des Comités de Pilotage Régionaux se sont déjà constitués, notamment chez nos proches voisins de la Région du Nord, dont le pilote régional, Bruno Duvivier, nous a transmis ces informations. Il nous transmettra régulièrement la feuille de liaison dont le premier numéro est paru en octobre.

Au niveau national, une campagne de télévision a été programmée à partir du 29 novembre 1990 et une journée nationale a été organisée à Paris le 10 décembre pour faire le point sur l'action menée, comparer l'efficacité des modalités d'action et échanger des projets d'avenir.

Contact: Bruno Duvivier, Mutualité du Nord, rue Nationale 177, F-59800 Lille.

la «Communication sociale en nutrition».

L'équipe de formation fait appel à des chercheurs du CERES, mais aussi à des spécialistes africains de la communication dans le domaine de la santé et à des personnes-ressources de l'Academy for Educational Development (Washington D.C.), de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers et de l'Ecole de Santé Publique de Liège.

Production

Outre ses articles et ses nombreux rapports de recherche et de formation, le CERES produit des outils dont l'objectif est de diffuser le plus largement possible les informations et expériences sur des problématiques ou sur des méthodes spécifiques.

La **Collection Santé-Education**, éditée à l'Université de Liège, comprend actuellement 4 titres.

G. REGINSTER-HANEUSE et D. LECLERCQ, Plan d'Intervention Global à l'Égard d'un Problème de Santé, 1985.

G. REGINSTER-HANEUSE, D. LECLERCQ, M. DEMARTEAU, Education pour la santé à l'école, 1986.

M. ANDRIEN, L'éducation nutritionnelle des mères d'enfants en bas âge : étude des besoins à Pikine (Sénégal), 1986.

D. LECLERCQ, M.-P. DEGAYE, M. MARLAIR, Handicaps et Technologies, Innovations et Prototypes au service des personnes handicapées, 1986.

Plusieurs numéros de la **Collection «Méthodes au service de l'Éducation pour la Santé»** de l'Apes ont été écrits par des membres du CERES, sur base d'expériences et de recherches antérieures.

Le CERES assure l'édition des **Nouvelles du R.E.N.A.** (Réseau pour l'Education Nutritionnelle en Afrique).

Des **manuels scolaires** et des **fiches pédagogiques** sur les besoins prioritaires en matière de soins de santé primaire sont construits dans le cadre des projets mis en place au Mali et à Madagascar, avec le soutien de l'UNICEF.

Dans le cadre de travaux réalisés pour la Commission des Communautés Européennes, un **programme d'éducation nutritionnelle** a été construit sur un mode **multimédia**. Il aborde trois thèmes: l'eau, les glucides, les protéides. Il comprend un questionnaire sur les connaissances et les représentations, un montage audio-visuel, un didacticiel de simulation et des documents d'accompagnement.

Animation de réseaux et d'associations

RÉSEAU POUR L'ÉDUCATION NUTRITIONNELLE EN AFRIQUE.

Le CERES assure le Secrétariat du RENA, réseau international créé en 1986 pour promouvoir l'éducation nutritionnelle et la recherche scientifique en ce domaine dans les pays francophones d'Afrique.

A cette fin, le Réseau oeuvre dans trois directions:

- la formation: nous avons vu plus haut quelles sont les principales actions menées dans ce cadre;
- le soutien méthodologique: sept projets-pilotes d'éducation nutritionnelle ont déjà été mis en oeuvre en Afrique francophone, avec le soutien du RENA (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Niger, Rwanda, Sénégal, Togo et Zaïre);
- l'échange d'expériences: à travers les «Nouvelles du RENA» et dans le

cadre des multiples rencontres organisées depuis 1986, les membres du Réseau (plus de 600 membres répartis dans une cinquantaine de pays) peuvent échanger les résultats de leurs entreprises et de leurs réflexions.

ASSOCIATION POUR LA PROMOTION DE L'ÉDUCATION À LA SANTÉ (A.P.E.S.).

A ce propos, vous avez eu suffisamment de lecture dans le numéro précédent!

Toute information complémentaire peut être obtenue auprès du Secrétariat du CERES, Sart Tilman Bât. B32, 4000 Liège, Tél.: 041/56.20.72, Fax: 041/56.29.44, Télex : 41397 UNIULG B.

L'équipe du CERES

- (1) P.I.G.E.P.S.: Plan d'Intervention Globale à l'égard d'un Problème de Santé. Références dans la rubrique Production de cet article.
- (2) Cf. Collection «Méthodes» de l'A.P.E.S., n°6, supplément à ce numéro.
- (3) Cf. Nouvelles du RENA, n° 10, décembre 1990, p. 5.

«Aïe mes dents»

Bobos, bonbons, poux et toux, aïe aujourd'hui, ouille demain, que ce soit en classe ou dans le quartier, de nombreuses questions de santé se posent aux enseignants et aux animateurs. Dans les maisons de jeunes, les maisons de quartier, les collectifs d'alpha, les associations locales, on ressent chaque jour un manque d'information structurée et dynamique, notamment au sujet de l'alimentation, de l'hygiène corporelle, dentaire et de l'éducation affective et sexuelle.

Peu de motivation pour la prévention? Enquête à suivre...

Bien entendu, il n'y a qu'une minorité de généralistes qui avouent leur manque d'intérêt ou de motivation pour la prévention (8 % pour la pratique préventive en général, 0 % pour la vaccination, 15 % pour le dépistage du cancer du col).

Par contre, 37 % des généralistes avancent le manque de temps comme obstacle au développement de la prévention. Cela ne doit-il pas être interprété comme un choix de priorité dans l'organisation de leur pratique?

Cela pourrait faire l'objet d'études ultérieures, celle-ci se voulant essentiellement exploratoire et descriptive.

Nous souhaiterions également voir analyser de façon plus poussée la justification la plus fréquente d'une pratique essentiellement orientée vers le curatif, à savoir l'absence de demande des patients dans le domaine préventif. Les généralistes paraissent ainsi adhérer complètement à la représentation sociale la plus courante de leur profession: c'est l'image de celui qui donne des remèdes, qui soulage des souffrances; il ne peut évidemment le faire qu'à partir d'une demande explicite de la part du patient ou de ses proches. C'est également l'image du «colloque singulier», par nature individuel, alors qu'une prévention véritable suppose aussi par définition une approche sociale.

Une expérience positive

Une alternative ponctuelle et limitée nous a été présentée en même temps que cette enquête. Il s'agit d'une expérience de dépistage du cancer du sein menée dans la com-

mune de Beauraing avec la collaboration de l'ensemble des médecins généralistes et le service de dépistage du cancer de l'UCL. 1161 femmes de 45 à 69 ans, soit l'ensemble de la population visée, ont été invitées par lettre personnelle suivie d'un rappel à se présenter chez leur généraliste pour un dépistage (examen clinique suivi d'une mammographie). 327 femmes, soit 28,2 % ont répondu à l'invitation. Ce résultat peut paraître décevant lorsqu'on sait que, du point de vue de la santé publique, ce type de dépistage commence à être performant lorsque 65 % de la population est couverte.

Il ne faut cependant pas perdre de vue que, parmi celles qui n'ont pas répondu à l'invitation, un certain nombre avait déjà subi un examen de dépistage dans l'année. Ainsi, d'après une enquête récente auprès des affiliées de la mutualité socialiste, 49,9 % des femmes de 30 à 59 ans ont subi un examen de dépistage dans l'année (examen clinique pour l'ensemble, mammographie pour 17,7 %). Si on ajoute au taux de couverture par les généralistes (28,2%), le taux calculé par la mutualité socialiste pour la région Namur-Dinant-Philippeville (46,2%), on obtient un taux qui avoisine les 75%. Cette hypothèse mérite assurément d'être vérifiée et l'Association contre le Cancer a offert au Dr Vandebroucke de prendre en charge les frais d'une enquête complémentaire en vue de mieux cerner le niveau de couverture.

En attendant, cette expérience nous apprend déjà que le fait de participer à une expérience avec la collaboration de l'ensemble de leurs collègues de l'entité et d'un service universitaire contribue puissamment à la motivation des médecins, sans compter qu'elle permet l'emploi de moyens difficilement imaginables pour un généraliste travaillant seul (invitations personnelles, données statistiques globales, etc).

L. Berghmans, M. Boutsen, B. Swennen, M. Wanlin, *La prévention en médecine générale. ESP-ULB, septembre 1990.*

J.L. Pestiaux, *Dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus en Communauté française de Belgique, UNMS-FPS - Promotion de la santé 1990.*

Dr Vandebroucke, *Dépistage du cancer du sein par les médecins généralistes de Beauraing, exposé, novembre 1990.*

Bientôt...

Un numéro spécial d'Education Santé, qui vous dira tout sur l'éducation pour la santé dans notre Communauté française. De quoi avoir une idée d'ensemble des réalisations du secteur sans devoir parcourir votre collection de la revue.

Un numéro à ne pas manquer, réalisé avec l'appui du Ministère de la Santé de la Communauté française de Belgique.

La santé par le jeu

La prévention des accidents domestiques fait partie intégrante d'un concept global de santé. Divers aspects en font partie, notamment:

- la protection du consommateur par l'amélioration des produits et de l'habitat. Dans le domaine du jouet, le label de sécurité CE répond à cet objectif.

- l'éducation positive aux risques des adultes et des enfants dans un objectif d'amélioration des relations adultes-enfants. C'est à ce titre que nous insistons sur le rôle des grands-parents. Non seulement, ils peuvent devenir de vrais agents de sécurité par rapport à leurs petits-enfants, mais ils peuvent encore enrichir leur vision du monde par cette expérience et cet ancrage dans la continuité généalogique qui sont uniques. L'enrichissement est d'ailleurs mutuel, car le contact avec des enfants peut être un des catalyseurs du maintien de centres d'intérêt et d'activités pour les personnes du 3ème âge. Intérêts et activités qui sont certainement aussi une prévention des accidents domestiques des personnes âgées!

Deux des organismes du groupe de prévention (voir «Projet 1994» plus loin), l'I.E.I.A.S. et Promocoop, ont retenu ce thème: ils organiseront conjointement des ateliers destinés aux grands-parents.

- le développement psychomoteur de l'enfant. C'est ici que le jouet prend toute sa signification. Objet de plaisir et d'activité, il permet aussi le développement des divers aspects de la personnalité qui font toute la richesse et la force de l'adulte. Il stimule tour à tour, ou tout à la fois, les capacités intellectuelles, motrices, affectives, sociales de l'enfant.

Le jeu, moyen de prévention des accidents domestiques

Prôner la santé par le jeu peut paraître, à première vue, un peu osé. Or, quand on y regarde bien, on constate que pour l'enfant, le jeu c'est son travail. Il suffit pour s'en convaincre de voir avec quel sérieux l'enfant s'applique à jouer et avec quel fierté il vient nous montrer ses réalisations.

Si l'on permet à l'enfant de jouer avec des jeux adaptés à son âge et qu'on laisse son potentiel de créativité s'exprimer au mieux, on lui assurera un épanouissement et un développement psychomoteur remarquables, ce qui lui permettra d'éviter un certain nombre d'accidents domestiques. Car n'oublions pas que neuf fois sur dix, ces accidents pourraient être évités.

C'est dans cette optique que Question Santé a conçu sa nouvelle campagne «La santé par le jeu», réalisée avec le soutien du «Service Politique des Consommateurs» de la CEE et d'une aide financière de la Commission des Communautés

Européennes. Celle-ci a d'ailleurs déjà démontré son intérêt quant à la sécurité du jouet, en édictant une directive en 1988. Cette directive européenne est entrée en application dans les 12 Etats membres depuis janvier 1990: les jouets doivent répondre à des normes précises de sécurité, et portent le label CE.

La campagne sera axée sur deux pôles: l'animation et l'information.

L'animation baptisée «Bébé Géant», met en scène un adulte revivant certaines expériences de sa petite enfance. Il sensibilise le public sur le fait que le jeu est très important pour lui et que dans la maison plusieurs dangers le guettent. Il lance donc un appel aux parents et aux grands-parents pour qu'ils soient attentifs à sa sécurité et sa santé et l'aident à découvrir peu à peu son univers. C'est grâce à cette exploration qu'un certain nombre d'accidents pourront être évités.

Ces animations auront lieu durant le premier semestre 1991 dans les centres commerciaux de Wallonie et de Bruxelles, ainsi qu'en parallèle avec les animations de la «Maison Géante».



photo: Vincent Visette/Isopress

«100 recettes équilibrées et bon marché», diffusée par l'Association contre le Cancer.

- **Techniques d'évaluation spécifiques**, par exemple mesure de la lisibilité des documents écrits et mesure de la lisibilité des images.

Les pratiques pédagogiques font également l'objet d'évaluations:

- **Evaluations centrées sur les résultats**. Par exemple : adaptation de la campagne «Dents 2000» dans les écoles des environs de Barvaux, utilisation du jeu de rôle et de l'analyse de publicité pour la prévention du tabagisme, impact des séances d'information organisées par la Ville de Liège pour le grand public ou les relais.

- **Evaluations centrées sur les processus**. Par exemple: évaluation des séminaires de sensibilisation à la prévention des toxicomanies auprès d'enseignants, de médecins et de pharmaciens; évaluation de l'implication de relais locaux autour de l'événement «Maison géante».

Enfin, dans des cas plus rares, l'évaluation porte sur des **programmes complets** qui font intervenir de multiples acteurs et des méthodes variées qui se développent sur une période plus longue.

Formation

Les directeurs et certains chercheurs du CERES interviennent sur des matières d'éducation à la santé dans les cursus universitaires de l'Université de Liège, mais aussi dans d'autres universités belges francophones ou néerlandophones et dans des universités étrangères.

Le CERES organise en outre des formations spécialisées. Celles-ci peuvent être réparties en trois types selon le public auquel elles s'adressent:

FORMATIONS ORIENTÉES VERS LES JEUNES SANS EMPLOI.

La formation C.A.P.S. (Curriculum d'Agents de Promotion de la Santé) s'adresse à des jeunes de moins de 25 ans sans emploi dont l'orientation professionnelle se rapporte à des catégories professionnelles qui relèvent de l'enseignement social, du paramédical, de l'information.

L'objectif de cette formation est d'apprendre à intégrer la promotion de la santé dans ses activités professionnelles en utilisant les moyens efficaces d'information et de communication.

D'une durée de 600 heures, cette formation se compose de différents modules organisés en cours théoriques et pratiques et en sessions d'auto-formation.

Lors d'un stage dans un organisme, un projet d'action de promotion de la santé incluant l'adaptation ou la conception de supports d'information est élaboré et réalisé par le stagiaire.

FORMATIONS ORIENTÉES VERS LES ÉDUCATEURS À LA SANTÉ DE LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE DE BELGIQUE.

Généralement, le but de ces cycles de formation n'est pas de former des éducateurs à la santé, mais de stimuler le développement d'actions d'éducation à la santé de qualité dans la pratique professionnelle des participants, de les aider à passer de pratiques individuelles à des pratiques collectives.

Deux modes de formation ont été assurés jusqu'à présent par le CERES:

- Cycles de formation de 6 ou 7 séances (réparties pendant un trimestre) dont l'objectif est de sensibiliser les participants à la gestion d'un projet d'éducation pour la santé, en mettant l'accent sur la conduite de l'action éducative. Ces

formations abordent des contenus théoriques propres à l'éducation pour la santé et permettent aux participants de concrétiser ceux-ci par l'élaboration et, si possible, l'application de projets sur le terrain.

- Séminaires d'initiation ou d'approfondissement sur des thématiques particulières ou sur des méthodologies précises. Ces séminaires, réalisés à la demande, permettent toujours aux participants de vivre une expérience originale en rapport avec le thème de la formation et/ou de concevoir des applications dans leur champ professionnel.

Citons, par exemple, dans le domaine des toxicomanies:

- application des concepts de promotion et d'éducation à la santé;
- application du modèle des cinq facteurs de production de la conduite (D. Leclercq) pour définir des stratégies de prévention;
- utilisation de vidéos en classe pour la prévention primaire des comportements de surconsommation;
- construction de médias variés par des relais des organismes de prévention;
- application de la méthodologie P.I.G.E.P.S. à des problèmes en rapport avec la consommation de l'alcool.

FORMATIONS ORIENTÉES VERS LES RESORTISSANTS DES PAYS EN DÉVELOPPEMENT.

Un premier séminaire de formation a été organisé dans le cadre du Réseau pour l'Éducation Nutritionnelle en Afrique en novembre 1989 à l'École Internationale de Bordeaux. Il avait pour thème la «Planification de l'éducation nutritionnelle». Il a permis d'accueillir vingt participants de treize pays francophones d'Afrique.

Un deuxième séminaire aura lieu à Liège en juin 1991 sur le thème de

La plupart des études présentées ci-dessous s'apparentent à la recherche opérationnelle: il s'agit de mettre la rigueur scientifique au service de l'action quotidienne, réalisant ainsi un trait d'union entre les chercheurs spécialisés et les praticiens.

EPIDÉMOLOGIE SOCIALE.

En matière d'épidémiologie sociale, le CERES focalise ses travaux sur la méthodologie de recherche et sur la production de résultats d'enquêtes.

Les domaines qui ont été plus particulièrement approfondis par le CERES sont les représentations de la santé, la nutrition, la consommation de substances psychotropes, la sécurité routière, la vaccination, ... Les demandes et besoins des bénéficiaires sont explorés parallèlement aux offres et aux demandes des prestataires de services (agents de prévention ou d'éducation).

D'un point de vue méthodologique, les orientations suivantes ont été développées:

- la mise au point d'instruments d'investigation des représentations en matière de santé;

- l'étude critique des indices de quantification de la consommation, utilisés dans des enquêtes auto-administrées auprès des jeunes;

- la mise au point d'instruments de surveillance épidémiologique adaptés à des situations locales.

En ce qui concerne la production de résultats, plusieurs enquêtes extensives ont été réalisées sur les connaissances, attitudes et pratiques dans divers domaines liés à la santé et la nutrition, tant en Communauté française de Belgique que dans divers pays en développement.

ELABORATION ET MISE EN OEUVRE DE STRATÉGIES D'INTERVENTION.

Dans ce domaine, le CERES collabore avec des relais en éducation pour la santé, situés à divers niveaux de responsabilité: décideurs, responsables administratifs, responsables d'associations ou de projets, animateurs auprès de publics-cibles variés.

Différents modèles d'intervention globale ont été élaborés et sont utilisés en fonction de la nature des décisions à prendre et des fonctions des relais concernés:

- P.I.G.E.P.S. (1);
- A.P.P.R.E.T. (2);
- Modèle d'intervention dans la communication sociale en nutrition (3).

Les chercheurs du CERES interviennent dans l'application de ces modèles à l'analyse de problématiques précises, en collaboration avec les partenaires concernés (ceci s'illustre par exemple dans la prévention des accidents domestiques dans la Communauté française et dans la promotion de la surveillance de la croissance au Rwanda ou au Maroc). Les partenaires sont formés à l'adaptation et à l'utilisation autonome des modèles qui leur sont proposés.

En outre, le CERES s'est spécialisé dans l'élaboration et la mise en oeuvre de stratégies d'intervention dans le curriculum scolaire. Ces stratégies ont notamment été appliquées dans des pays en développement: introduction de l'éducation pour la santé dans l'enseignement fondamental du Mali au moyen de l'approche «L'Enfant pour l'enfant»; intégration de l'éducation nutritionnelle dans le curriculum d'éducation de base de Madagascar.

Enfin, de façon plus spécifique, les

chercheurs du CERES interviennent dans *des études et des structures qui ont pour but de définir des objectifs éducatifs et de mettre au point des méthodologies originales et efficaces* dans le cadre de projets-pilotes d'éducation pour la santé et de promotion de la santé.

Exemples:

- Elaboration d'un arbre d'objectifs d'éducation nutritionnelle (pour la C.E.E.),
- «Je mange à l'école» (avec le S.P.E.O.L.),
- «Education pour la santé auprès des élèves de l'enseignement primaire» (avec la Croix-Rouge du Luxembourg),
- «Programme coordonné de prévention des accidents domestiques» (avec Educa-Santé).

EVALUATION.

Etroitement liée à la définition des objectifs, l'évaluation représente, par tradition, une large part de l'activité du CERES en Communauté française, en Europe et en Afrique.

Les objets de l'évaluation peuvent être regroupés en trois catégories.

Les **supports éducatifs variés**, parmi lesquels on trouve les produits écrits (brochures, dossiers, dépliants, revues), les produits audiovisuels, les jeux, ... ont fourni l'occasion d'améliorer plusieurs modalités d'évaluation:

- **Schémas quasi-expérimentaux** avec mesures avant et après pour évaluer la compréhension et la mémorisation des messages. Par exemple: «Votre bébé et les médicaments» (brochure), «Un amour de Cupidon» (vidéo).

- **Enquêtes pour mesurer l'impact d'un support distribué largement:** qui l'a reçu? qui l'a lu? qui s'en est servi pour aménager les comportements quotidiens et/ou enrichir les connaissances? Par exemple, pour la revue «Santé et Communauté» et pour la brochure

L'autre pôle, celui de l'information proprement dite, sera réparti entre quatre médias: le Tram de la Santé qui continuera à circuler jusqu'en mai 91; les 1000 arrondis qui seront placés dans les bus et les trams bruxellois; 200.000 fiches arrachables seront à la disposition des usagers des transports en commun.

De plus, un numéro spécial du mensuel «Réponses» tiré à 20.000 exemplaires est consacré exclusivement à la santé par le jeu.

Vincent Magos, Question Santé

L'importance du jeu dans le développement psychomoteur de l'enfant

Tout le monde s'accorde aujourd'hui à reconnaître l'importance capitale des premières années de la vie de l'enfant pour la formation de ses capacités physiques, intellectuelles ou psychologiques ultérieures.

L'enfant de 0 à 6/7 ans est un être de globalité c'est-à-dire qu'il développe de manière tout à fait imbriquée sa motricité, sa vie affective et son intelligence.

Aucune fonction de développement chez un enfant ne peut être dissociée des autres à aucun moment.

Chaque enfant est «unique». Il a sa manière originale de se dire, de s'exprimer à travers ses cris, ses postures, ses mimiques, son regard, son tonus, son mouvement dans l'espace... De même, à l'inverse, il reçoit, perçoit par tous ses sens le monde extérieur. Mais le monde est

déformé par son affectivité, ses émotions, ses conflits intérieurs, sans possibilité encore de faire la part de subjectivité. La personne de l'enfant est constituée aussi de sa personnalité inconsciente. Ainsi chacune des actions, des découvertes de l'enfant est la source d'une charge tonique et émotionnelle qui s'inscrit au plus profond de lui.

A nous adultes, d'être attentifs à l'harmonie du développement propre à chaque enfant et au rôle de tout ce qui l'entoure (personnes, objets, espaces...) pour le maintien de cette harmonie. A propos de développement, il pourrait être grave de se référer uniquement à une «norme de développement» qui, par définition, correspond tellement à tout le monde qu'elle n'a plus de rapport avec personne.

Un enfant doit marcher à 12 mois? Mais on a vu des génies marcher à 20 mois. Impossible d'établir un pronostic en se basant sur la rapidité à laquelle se succèdent les étapes du développement d'un enfant. Nous allons permettre à l'enfant d'avancer à son propre rythme, tout en allant le plus loin possible dans l'exercice de ses compétences.

Il nous revient donc, à nous adultes, d'aménager un espace suffisamment riche, varié, sécurisant autour du jeune enfant, pour qu'il puisse explorer, découvrir et pratiquer à son rythme ses propres jeux.

Nous allons surtout permettre à l'enfant de poursuivre ses propres recherches tant sur le plan de la motricité que sur celui du toucher, de l'ouïe, de l'odorat ou de leur vie de relation.

Le plaisir sensori-moteur est capital dans l'évolution harmonieuse de l'enfant. Plaisir de rouler, sauter, grimper, glisser, se balancer, vivre la giration... Qui n'a pas pris son enfant dans les bras pour le faire tourner et s'arrêter brusquement? La réponse de l'enfant est immé-

diante: «Encore! encore!» (en corps). L'enfant doit pouvoir découvrir son propre corps, le sentir, le vivre dans sa totalité. En effet, au début, l'enfant perçoit son corps comme un ensemble de parties séparées. Petit à petit, s'il vit suffisamment d'expériences de plaisir, naîtra un sentiment d'unité corporelle.

En quoi le plaisir est-il si important? Il est le moteur de l'action créatrice, dans la mesure où sa perte et son souvenir éveillent le désir et le mouvement pour le retrouver. Il faut donc que l'enfant vive le plaisir et son absence.

La relation entre l'enfant et l'adulte dans ces jeux sensori-moteurs est prépondérante. L'adulte va reconnaître le plaisir de l'enfant et l'encourager dans l'acquisition de ses nouvelles compétences.

Jouer à se cacher, à disparaître pour réapparaître ensuite. N'avons-nous pas cent fois, au moment du coucher par exemple, recouvert complètement notre enfant? Les cris de jubilation au moment où nous soulevons la couverture sont manifestes «Coucou Beuh!»

Dans ces situations, l'enfant vit à la fois la peur mais aussi le plaisir d'être reconnu. Par là il se rassure profondément et affirme son identité.

Jouer à construire/à déconstruire, à vider/à remplir, à jeter/à prendre... Ces jeux simples, nous les avons tous observés. Ils sont la possibilité pour l'enfant d'expérimenter et vérifier la permanence des personnes et des objets.

L'enfant aime transformer les objets ou activités proposés pour les adapter à ses propres besoins. Qui de nous n'a jamais été témoin de cette scène? Un enfant vient de recevoir son cadeau, il le déballe avec fébrilité. C'est un superbe tracteur en plastique; l'instant d'après, nous retrouvons l'enfant dans la

caisse du cadeau et jouant avec la ficelle d'emballage. C'est souvent pour l'adulte source de déception. Jouer à faire semblant, se construire sa maison avec de gros blocs de mousse, des tissus, des cousins, s'y glisser, puis la transformer de multiples fois. Dans ces jeux, l'enfant met en scène des séquences de vie familiale. Ce que l'enfant ne peut dire avec des mots, il peut le vivre avec son corps et se mettre progressivement à distance de ses émotions et de sa vie affective.

Jouer à modeler, à dessiner, à représenter son corps sont des activités fondamentales car après avoir vécu son corps dans le mouvement, dans l'action, l'enfant a besoin de voir agir. Nous allons l'aider à avoir une image de son corps.

En résumé, c'est à travers des expériences multiples vécues dans la globalité du corps en relation avec l'autre, l'objet, l'espace, le temps et dans le plaisir reconnu par l'adulte que l'enfant découvre son corps. Il construit son identité et une image positive de lui. Cela lui donne les meilleures chances d'autonomie et de grandir en être de communication et création; capable d'amour pour lui et pour les autres.

Enfants, parents, grands-parents, nous avons tout à gagner à «jouer» le plus longtemps possible. A garder cet esprit de jeu qui aiguise les sens, multiplie les découvertes et favorise la communication.

A l'heure où les jouets sont de plus en plus sophistiqués, robotisés, préprogrammés, ne faut-il pas revenir à la simplicité et se souvenir: «A dada sur le ch'val de mon papa.!!»

Sur le plan pratique

Depuis une dizaine d'années, bon nombre d'institutrices maternelles et plus récemment les puéricultrices des crèches ont compris l'importance de la pratique psychomotrice. Ces personnes ont suivi des

cycles de formation dans ce domaine et peuvent dès lors proposer des séances d'éducation psychomotrice. Il s'agit d'aménager un grand espace et le partager en trois lieux: le lieu du plaisir sensorimoteur, le lieu des jeux symboliques et le lieu des représentations. L'objectif des séances est d'ouvrir l'enfant à la communication, à la création et à la pensée opératoire.

Philippe Lemenu, psychomotricien, formateur à la Pratique Psychomotrice Aucouturier.

Projet 1994

Le groupe de coordination de la prévention des accidents domestiques de la Communauté française de Belgique fonctionne maintenant depuis plus d'un an.

Différentes actions de sensibilisation sont menées en Communauté française: les expositions «Maison Géante», le Tram de la Santé... D'autres moyens restent à définir pour des actions de sensibilisation dans les petites entités géographiques.

Les prochaines réalisations du groupe de coordination s'inscrivent dans une perspective à long terme. «Projet 1994» est un programme ambitieux, mais réaliste, auquel collaborent les organismes suivants: l'APES, le Centre Antipoisons, la Croix Rouge, Educa-Santé, l'IEIAS, l'ONE, Promocoop, Question Santé.

Au cours des 3 prochaines années, des semaines «sécurité» seront organisées en Communauté française: 3 villes par an seront visitées par la «Maison géante». Les accords sont déjà conclus pour Namur, du 11 au 17 mai 1991.

A l'occasion des contacts autour de ces manifestations, des foyers d'actions seront créés dans les villes, par la mise en place d'une coordination locale «sécurité». Celle-ci re-

groupera tous les intervenants potentiellement intéressés au domaine préventif des accidents domestiques. Car c'est à l'échelon local que doivent être menés certains programmes, basés sur la participation d'une communauté, et intégrant les réalisations, outils et compétences des organismes actifs dans le domaine des accidents.

L'objectif 1994 est le recouvrement de toute la Communauté française par un réseau de coordinations décentralisées.

En attendant, voici les projets spécifiques des huit organismes concernés pour 1991:

1. Croix-Rouge de Belgique

Créer des «espaces-sécurité» itinérants à destination des élèves de l'enseignement primaire.

Le but est de mettre sur pieds des écoles-pilotes, en collaboration avec les sections locales de la Croix Rouge, avec à terme la formation de toute la communauté éducative de l'enseignement primaire.

Croix-Rouge de Belgique, Chaussée de Vleurgat 98, 1050 Bruxelles, tél.: 02/645.46.62. Contact: Viviane Delegher.

2. ONE

Ayant mis au point un jeu collectif intitulé «Je connais ma maison», son objectif est de le commercialiser sous la forme d'un jeu de table. Un autre projet est d'étendre l'utilisation du «carnet de contrôle de sécurité», qui à l'instar des fiches techniques pour voitures, indique aux parents le niveau de sécurité domestique dans leur habitation.

Office National de l'Enfance (O.N.E.), Route de Gembloux, 2 1450 Chastre, tél.: 081/61.42.48. Contact: Docteur Marc Parent.

suite de la page 14

3. Question Santé

Son projet est la création d'un réseau de journalistes régionaux, destiné à réagir à l'actualité et à informer localement une population. Il faut ancrer l'idée que la plupart des accidents domestiques survenant dans la région ne sont pas le résultat de la fatalité, mais que 90% d'entre eux sont évitables.

Question Santé, 72, rue du Viaduc 1050 Bruxelles, tél.: 02/512.41.74. Contact: Philippe Mouchet.

4. Promocoop

Son projet est de former les enseignants du maternel, et de diffuser l'excellente BD «Gully Patatras». En collaboration avec l'IEIAS, Promocoop se propose de former les grand-parents (via des ateliers), pour les aider à améliorer la sécurité de leur domicile et les former à leur rôle d'éducateur psychomoteur envers leurs petits enfants. Un atelier type existe déjà à Braine l'Aileud.

Promocoop, rue Haute 28, 1000 Bruxelles, tél.: 02/513.44.91. Contact: Nicolas Dubled.

5. I.E.I.A.S.

Outre les grands-parents, l'I.E.I.A.S. vise également les personnes âgées (membres des associations de seniors), pour les aider à identifier les risques, les comportements à risques, et leur permettre l'apprentissage des moyens de les éviter. La même formation est proposée aux animateurs d'associations de seniors.

IEIAS, rue du Débarcadère 179, 6001 Marcinelle, tél.: 071/ 43.29.20. Contact: Carine Laurent.

6. Centre Anti-poison

Son projet est d'organiser, dans les villes visitées par la Maison Géante, des programmes de prévention

contre les intoxications dues au monoxyde de carbone (CO).

Centre Anti-Poison, rue J. Stallaert 1, 1180 Bruxelles, tél.: 02/345.94.74. Contact: Dr Bernadette Tissot.

7. A.P.E.S.

Projet: évaluer toutes les activités en matière de prévention des accidents domestiques et mettre au point un système de vigilance des accidents domestiques à l'échelon local.

APES, Sart Tilman, bâtiment B 23, 4000 Liège, tél.: 041/56.28.97. Contact: Michel Demarteau.

8. Educa-Santé

En collaboration avec la Croix-Rouge, Educa-Santé met au point un programme d'aménagement des cours de récréation et se propose de former les aides familiales, les aides-seniors et les gardiennes encadrées.

En outre, Educa-Santé assurera le suivi de tous les projets démarrant dans les villes visitées par la Maison Géante.

Educa-Santé assure aussi la coordination générale du «Projet 1994».

Educa-Santé, av. Général Michel, 1b 6000 Charleroi, tél.: 071/33.02.29. Contact: Martine Bantuelle.

 **Le CERES**

Centre d'Enseignement et de Recherche pour l'Education et la Santé

Centre collaborateur de l'Ecole de Santé Publique de l'Université de

Liège, le CERES intervient dans le champ de la recherche et de la formation en matière d'éducation pour la santé, tant au sein de la Communauté française de Belgique que dans le cadre international de la Francophonie.

Le CERES se définit comme un centre interfacultaire attaché, d'un côté, à la Faculté de Médecine et, de l'autre, à la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education. Le CERES est codirigé par le Professeur Gilberte Reginster-Haneuse, directrice de l'Ecole de Santé Publique, et par le Professeur Dieudonné Leclercq, directeur du Service de Technologie de l'Education.

C'est dans le cadre du CERES qu'ont travaillé et que travaillent encore plusieurs chercheurs chargés d'animer l'APES.

Le CERES compte une douzaine de chercheurs de compétences complémentaires: éducation, psychologie, communication, médecine, sciences sanitaires,...

Les activités du CERES couvrent quatre secteurs, développés ci-dessous:

- la recherche.
- la formation.
- la production.
- l'animation de réseaux ou d'associations.

Recherche

Afin de répondre aux besoins des personnes et associations actives en éducation pour la santé, il est pertinent d'articuler la présentation des recherches autour de la notion d'action éducative:

- Epidémiologie (ou les PREMISES de l'action).
- Elaboration de stratégies (ou les MOYENS de l'action).
- Evaluation (ou les GUIDES pour réguler l'action).

- (42) Avec quels matériaux communiquer sur son programme ?
- (43) Sous quelle forme communiquer ?
- (44) A quel moment communiquer ?

A.P.E.S. :

Communiquer sur le programme est aussi important que de communiquer pour le programme. Cela permet de valoriser son travail, de le faire connaître, de lui donner une dimension publique, collective, participative.

PROJET :

Je ne suis pas convaincu. Nous n'avons pas pour habitude de nous mettre en avant, de chercher la publicité.

A.P.E.S. :

Vous avez raison, il ne faut pas perdre de vue ses finalités. Si cette communication sociale n'est pas votre but elle peut être un moyen au service de vos buts.

PROJET :

Et il faut y penser maintenant, avant d'avoir encore fait la moindre démarche ?

A.P.E.S. :

Certainement. Vous allez devoir conserver des traces de vos activités, de vos décisions, de vos productions. Décider de la forme de celles-ci. Vous pouvez aussi communiquer sur votre programme dès son lancement.

REFLEXIONS :

A propos de la question (42) :

Il faut conserver des traces de son travail, des documents depuis la conception jusqu'à la conclusion.

Par exemple :

- l'analyse de la situation;
- la liste des objectifs;
- le cahier des charges;
- les pièces comptables;
- des témoignages.

Il ne faut cependant accumuler les informations sans les traiter régulièrement pour aboutir à :

- un carnet de bord;
- des rapports intermédiaires;
- la liste des décisions prises.

Surtout, veillez à dater vos documents.

A propos de la question (43) :

En fonction des objectifs, du public, du contenu, ... des moyens, vous pouvez communiquer sur votre programme de multiples façons; des formes orales, écrites, audio-visuelles :

- . communiqué de presse;
- . tract;
- . vidéo;
-

A propos de la question (44) :

Communiquer sur son programme se prépare dès la conception; la communication pourra se dérouler dès le point de départ, pendant et après la mise en oeuvre. C'est toute une stratégie de communication sur le programme qui se construit:

- pour valoriser le programme;
- convaincre des décideurs;
- créer, soutenir la participation du terrain.

PROJET :

En quatre réunions, nous avons vraiment l'impression d'avoir changé notre vision d'un projet d'éducation pour la santé. C'est vraiment un travail sérieux et accaparant de concevoir un programme. Mais nous avons l'impression aussi de n'être encore nulle part, de n'avoir fait qu'ébaucher des pistes de travail. Nous nous demandons si nous aurons l'énergie suffisante pour répondre complètement à toutes les questions de l'A.P.P.R.E.T.

A.P.E.S. :

Surtout ne vous découragez pas. Limitez dès maintenant vos ambitions pour bien réussir ce que vous voulez entreprendre. Et puis, nous sommes là pour vous aider, avec d'autres. Il existe des services créés par la Communauté française pour vous soutenir. Ils sont spécialisés sur certains publics, certains thèmes, certains aspects que nous avons abordés : documentation, récolte de données, communication sociale, audio-visuel, coordination, petite enfance, accident domestique, etc.

Il existe aussi des budgets accessibles à des projets comme le vôtre.

Alors, maintenant, rédigez votre programme et surtout, tenez-vous au courant de la suite de votre projet.

PROJET :

A bientôt, alors.

L'A.P.P.R.E.T. (2) UN DIALOGUE

Une intervention méthodologique de l'A.P.E.S.

- (1) Qui est à l'origine du projet d'éducation pour la santé ?
- (2) Comment l'idée du projet est-elle née ?

A.P.E.S. :

Parlez-moi d'abord de votre projet.

PROJET :

Et bien, c'est assez simple.

Nous avons vécu deux accidents de la route aux abords de l'école en un mois. Le second fut assez grave. Un enfant fut renversé par une voiture et a été hospitalisé. L'association de parents et les enseignants ont alors décidé de réagir et d'écrire une lettre d'information dans le journal de l'école sur les dangers de la route. Il faut ajouter qu'un des pères les plus actifs est gendarme.

REFLEXIONS

A propos de la question (1) :

Le premier acteur que l'on rencontre est souvent le PROMOTEUR (P) du projet; celui qui est à l'origine de l'idée.

Il nous paraît important pour la suite du programme de le situer dans l'une des trois catégories suivantes (1) :

- Décideur (D) : celui qui peut décider d'investir des ressources humaines, matérielles ou financières.
- Educateur (E) : celui qui va concevoir et réaliser le programme d'éducation pour la santé.
- Terrain (T) : celui sur lequel se déploie l'action : le public visé, mais aussi son environnement matériel et humain.

Cette catégorisation assez simple permet de situer les enjeux d'un projet et d'orienter les analyses à développer.

Le PROMOTEUR (P) peut faire partie d'une catégorie ou de toutes. De nombreuses combinaisons sont possibles.

Ici, le PROMOTEUR (P) est une communauté éducative. Elle est à l'origine de l'idée, mais aussi l'acteur du projet (E), la cible finale (T) et le décideur (D).

(1) Catégories inspirées de : Secrétariat d'état chargé de la santé, Atelier N°7, (1986).

(P = T = E = D)

Cette situation représente une approche ascendante, communautaire. Le terrain est acteur et décideur du programme d'éducation pour la santé. L'approche descendante part d'un décideur institutionnel et redescend vers le terrain.

A propos de la question (2) :

Connaître l'identité du promoteur est une première étape. Mais une «idée» a toujours une histoire. Il est utile de la connaître, car elle apporte des indices pour poursuivre l'analyse et développer le programme.

A quel moment l'idée a-t-elle surgi ?

Dans quelles circonstances ?

Comment s'est elle développée ?

Sur quelles bases subjectives et objectives le projet a-t-il pris forme ?

Quelles sont les motivations du promoteur ?

Quels sont les bénéficiaires escomptés par celui-ci sur le plan personnel et institutionnel ?

A partir des réponses, il est possible de préciser si le projet est né :

- d'un constat, de données objectives;
- d'une intuition, de données ponctuelles, personnelles;
- d'un intérêt personnel ou professionnel.

- (3) Quelle est la nature de la demande du promoteur ?

A.P.E.S. :

Que souhaitez vous en venant nous voir ?

PROJET :

La lettre d'information a été bien accueillie, mais nous n'avons pas eu l'impression d'un grand changement dans l'attitude des

parents automobilistes. Nous avons cherché dès lors d'autres moyens. C'est ainsi que nous avons pris connaissance d'une petite brochure, fort bien faite, en néerlandais. Nous avons décidé à quelques-uns de la traduire et de la diffuser et nous avons constitué une association de fait pour financer ce projet. Cette association s'appelle S.E.R.E. (Sécurité de l'Enfant sur la Route de l'Ecole).

Nous avons appris votre existence en rencontrant un responsable de l'administration de la santé et nous venons vous présenter la maquette de notre brochure.

REFLEXIONS

L'ampleur d'un programme, sa durée est fonction de l'ambition et des ressources du promoteur. L'intervention d'un éducateur pour la santé est aussi fonction de la nature de la demande.

Vous pouvez la caractériser comme :

- Une demande centrée sur un **produit** : un moyen, une méthode, une information, un document, un conférencier, etc.
- Une demande orientée vers une **action** limitée dans le temps et dans l'espace : une conférence, une animation en classe, la réalisation d'un document, etc.
- Une demande ouverte à un **programme** structuré passant par une analyse de la situation, des objectifs mesurables et des activités organisées sur un laps de temps important.

Ici, il s'agit au départ d'une demande d'action. La brochure est en cours d'élaboration. Attention, l'A.P.E.S. doit clairement préciser son rôle. Le président de S.E.R.E. cherche d'abord un appui financier et a appris votre existence par hasard. Quel type de soutien pouvez-vous apporter ?

L'A.P.E.S. peut lire la brochure, la commenter, répondre donc à la demande immédiate.

L'A.P.E.S. peut aussi tenter de faire évoluer la demande vers un programme en soulevant une série de questions.

■ (4) Y a-t-il une demande explicite du public visé ?

A.P.E.S. :

La lettre s'adressait aux parents. Et la brochure ? Quel est finalement votre public ? Et ce public s'intéresse-t-il à la sécurité ?

PROJET :

Le public visé, ce sont les enfants et leurs parents. La brochure s'adresse aux deux. Mais le problème n'est pas l'intérêt de ceux-ci ! C'est la nécessité d'arrêter tous ces accidents.

REFLEXIONS

Cette question va nous permettre d'assurer la transition avec l'étape d'analyse des besoins.

Elle permet de s'interroger sur le public et sur son intérêt potentiel vis-à-vis du projet.

- Quel est le public visé ?

Il faut ici distinguer le public-santé et le public-programme. Le public-santé est celui qui est concerné par le besoin de santé. Le public-programme est celui qui est visé par le projet. Il peut être le même ou différent.

- Quel est l'intérêt du public visé ?

Répondre à cette question est indispensable pour une question d'efficacité et d'éthique.

L'éducation pour la santé vise le changement des comportements des individus et des groupes.

Ce changement a plus de chance d'intervenir si les individus et les groupes sont conscients et d'accord. Si ce n'est pas le cas, le programme doit orienter ses stratégies pour obtenir cette adhésion.

L'intervention éducative se doit de respecter la liberté et de développer l'autonomie et la responsabilité. Il faut pour cela un public acteur du changement.

- Comment vérifier la demande du public visé ?

Vous pouvez l'interroger ou interroger les personnes qui sont directement en contact avec lui. Vous pouvez aussi le faire participer directement au projet, lui ou ses représentants.

Les organisations locales, proches de leur public, peuvent plus facilement le faire participer ou percevoir les besoins ressentis.

L'association S.E.R.E. est proche des bénéficiaires : enfants et parents. Mais elle risque de prévoir des actions inadaptées si elle ne s'interroge pas sur sa représentativité et sur la participation des enfants et des parents.

■ (5) Quel est le besoin de santé identifié pour quel public ?

A.P.E.S. :

Nous reviendrons sur l'intérêt du public. Parlons d'abord de ces accidents. Pouvez-vous m'en dire plus ?

■ (38) Comment allez-vous évaluer ?

■ (39) Comment allez-vous comparer vos données ?

A.P.E.S. :

Avoir défini le contenu, les raisons et les moyens de l'évaluation va vous permettre de sélectionner des méthodes, des outils.

Vous devez cependant rester attentifs à certains principes si vous vous lancez dans la réalisation vous-même.

REFLEXIONS

A propos de la question (38) :

Voici quelques étapes :

1. Choisir un mode de recueil d'information :
 - l'observation: de l'observation libre à l'observation dirigée;
 - l'interrogation: de l'entretien libre au questionnaire codé;
 - l'expérimentation: créer des conditions expérimentales.
2. Choisir des instruments de qualité :
 - la validité: l'instrument mesure-t-il ce que vous voulez mesurer;
 - la fidélité: l'instrument enregistre-t-il la même chose dans des conditions identiques;
 - la précision: l'erreur de mesure est-elle compatible avec la précision recherchée.

3. Construire ou tester des instruments :

Lorsque l'on construit un instrument ou lorsque l'on utilise un instrument existant, il faut l'essayer auparavant.

A propos de la question (39) :

Vous construisez un schéma d'évaluation.

Pour enregistrer des changements, il faut établir des comparaisons :

- avant et après;
- ici et ailleurs.

En effet de nombreux événements, autres que votre intervention, peuvent modifier une situation.

Vous devez aussi contrôler, si possible, les sources de variation.

Les individus, les groupes, le contexte sont-ils comparables ?

Les outils statistiques aident à «maîtriser le hasard».

■ (40) Pourquoi prévoir la rédaction d'un rapport ?

■ (41) Pour qui communiquer sur le programme ?

A.P.E.S. :

Nous avons parlé tout à l'heure de l'utilisation des résultats de l'évaluation.

Parlons maintenant de l'avenir du programme après sa réalisation.

Vous avez découvert, en progressant avec nous de nombreux problèmes à résoudre. Au cours de la réalisation, vous en rencontrerez d'autres. Le programme lui-même va engendrer des prises de conscience, de nouveaux besoins auxquels il faudra répondre.

De nombreuses personnes souhaiteront connaître votre travail, y participer, le reproduire ailleurs.

Un programme n'est qu'un moment dans la vie d'une association, d'une collectivité. Il faut donc dès sa conception, penser qu'il se transformera et faciliter cette transformation.

La rédaction d'un rapport final, au terme d'un programme, est souvent une nécessité administrative. Si ce n'est pas le cas, cela reste indispensable. Pourquoi et comment faire de cette étape un élément qui renforcera le programme.

PROJET :

Nous pensions bien tirer des conclusions au cours d'une réunion au terme du projet. Faut-il faire plus ?

REFLEXIONS

Rédiger un rapport, c'est d'abord tirer des conclusions générales sur le déroulement et les résultats du programme. L'évaluation nous apporte des éléments pour cela.

Mais ces conclusions peuvent aller au-delà de ce constat final. Elles sont un moyen de communication sur le programme. Le rapport peut en effet servir à témoigner, à rendre compte, à justifier, à établir de nouvelles collaborations, à proposer des développements, ...

Le rapport est donc un message qu'il faut transmettre à un public au moyen d'un support.

Vous pouvez donc déterminer pour qui vous faites un rapport: des décideurs, des éducateurs, le terrain ?

modifications. Mais il faudra être attentif à discerner les effets dus au programme et les autres.

PROJET :

Nous voudrions aussi savoir si le projet de course cycliste va réellement nous permettre de créer une dynamique de sécurité active chez les enfants et les parents. Notre but est de voir si tous nos efforts ont servi à quelque chose et au-delà de ce constat, voir ce que nous pourrions faire ensuite pour poursuivre.

Nous sommes des militants et nous voulons convaincre. Apporter des preuves de l'efficacité de notre travail nous ouvrira des portes également.

REFLEXIONS

A propos de la question (35) :

- Des points de référence ont été fixés grâce aux objectifs. L'évaluation peut dès lors porter sur :
 - . les objectifs santé,
 - . les objectifs éducatifs,pour mesurer les résultats de l'intervention.
- Mais il peut y avoir des résultats non attendus, indirects. Il est possible de se donner des moyens de les enregistrer.
- Il ne suffit pas de mesurer des résultats, il faut tenter de les expliquer. Vous vous intéresserez alors au processus, aux activités menées, au contexte de l'intervention.

A propos de la question (36) :

Réfléchir au contenu de l'évaluation ne dispense pas d'en analyser les buts. Une manière aisée de les approcher est de s'interroger sur l'utilisation des données recueillies. L'évaluation peut servir à :

- . justifier, prouver quelque chose;
- . juger de l'efficacité, du coût;
- . développer le programme, le généraliser;
- . rien : si elle vous est imposée et que vous n'en voyez pas l'utilité.

Vous pouvez aussi poser la question suivante :

Qui va utiliser les résultats de l'évaluation ?

- des décideurs;
- des éducateurs;
- le terrain ?

■ (37) Quelles sont les contraintes fixées à l'évaluation ?

A.P.E.S. :

Je vois que vous êtes convaincu maintenant de l'intérêt de l'évaluation. Elle vaut donc la peine d'y consacrer une partie de son temps et de ses moyens. Laquelle ? A vous de le déterminer.

PROJET :

Là, je crois que j'ai compris le système, je reviens à la phase de planification : ressources, cahier de charges, calendrier,...

A.P.E.S. :

Oui, il faut estimer le travail à fournir !

PROJET :

Mais, nous n'avons jamais fait cela. A qui pouvons-nous nous adresser. Pouvez-vous le faire pour nous ?

A.P.E.S. :

Pour vous, certainement pas. Avec vous, bien volontiers. N'oubliez pas qu'au bout de l'évaluation, il y a un jugement, une décision à prendre par vous.

REFLEXIONS

Les moyens à réserver à l'évaluation dépendent de nombreux facteurs : la compétence, les ressources financières, les buts fixés à l'évaluation. Mais l'évaluation n'est pas un luxe, un élément extérieur au programme. Elle constitue souvent le centre. Et vous pouvez très souvent aussi la réaliser vous-même. La qualité d'une évaluation n'est pas une valeur abstraite. Elle doit répondre aux besoins du programme.

Si vous pensez néanmoins devoir faire appel à des experts extérieurs, voici quelques divergences qui peuvent apparaître entre :

Un expert du terrain

l'action
la décision
le concret
le global
le maintenant
le langage naturel
.....

Un expert universitaire

la recherche
la conclusion
l'abstrait
l'analytique
le plus tard
le langage technique
.....

PROJET :

Nous avons tenté de reconstituer les deux accidents dont je vous ai parlé. Le premier concerne un enfant de six ans. Il a failli être écrasé par une voiture en traversant le passage protégé devant l'école. Il en a été quitte pour une grosse peur. Le second a onze ans, il a voulu éviter une portière ouverte devant lui par un automobiliste mal garé devant l'école et a été heurté par une autre voiture qui roulait derrière lui.

REFLEXIONS

A cette étape de l'A.P.P.R.E.T., nous ne cherchons pas encore à définir l'objectif-santé du programme, mais à identifier, préciser le projet.

Le projet vise-t-il : un risque, un facteur de risque, un comportement ?

Est-il formulé négativement, comme un déficit à combler, ou positivement, comme une aspiration à un mieux-être ?

Un besoin de santé surgit d'un écart entre un état de santé réel, mesuré, estimé, perçu, et un état de santé idéal, lui-même mesuré, estimé ou perçu. Cet écart, ce besoin est relatif. Il peut être objectif et subjectif, identifié comme quelque chose à retrouver ou à acquérir. Il est fonction des personnes et des circonstances.

Ce concept large reflète bien la difficulté à laquelle s'attaque l'éducateur pour la santé :

- tenir compte des besoins définis par les professionnels comme par le public;
- intégrer les dimensions mentales et sociales à la dimension physique de la santé;
- se préoccuper de comportements précis en relation avec des risques identifiés, mais aussi adopter une démarche éducative à long terme qui vise la gestion de la santé, le mode de vie, la qualité de vie.

Pour identifier le besoin de santé, nous proposons

- 1) de préciser si votre projet vise :
 - un risque : c'est-à-dire un état de santé déficient futur, probable;
 - un facteur de risque : un élément en relation avec le risque et que l'on peut modifier;
 - un comportement : un comportement individuel précis identifié comme facteur de risque;
- 2) de préciser le public-santé, celui qui est concerné par le besoin de santé;
- 3) de formuler le projet de santé de manière positive, comme une ressource à développer, comme un élément de qualité

de vie : la sécurité plutôt que l'accident, l'équilibre alimentaire plutôt que l'obésité, etc. Cette dernière démarche peut se concevoir sans référence à un risque particulier.

■ (6) Quels sont les facteurs en relation avec le problème de santé défini ?

A.P.E.S. :

C'est bien la sécurité des enfants de l'école maternelle et primaire que vous visez. A partir des deux cas cités, pouvez-vous me préciser quels sont les éléments qui sont en relation avec ce type d'accidents et sur lesquels vous voudriez agir ?

PROJET :

Nous y avons réfléchi en effet. Je pense qu'il y a d'abord la circulation devant l'école le matin, le manque de surveillance des enfants, la négligence de certains parents, ...

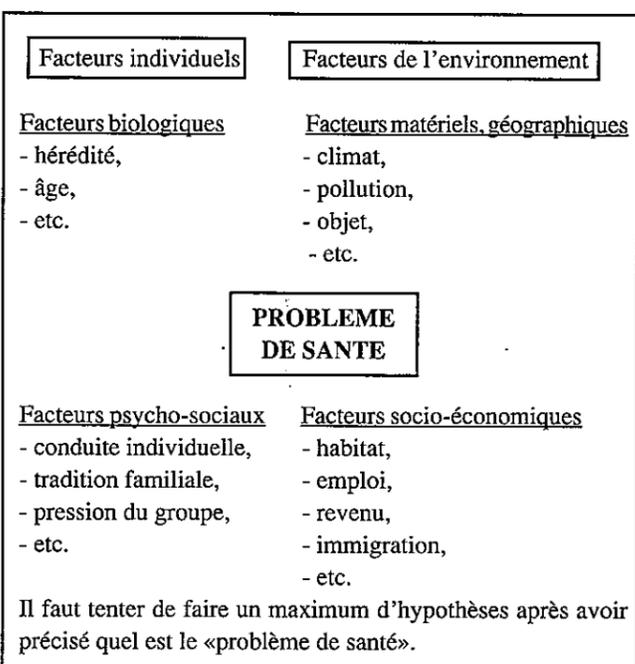
REFLEXIONS

Vous avez identifié un besoin et un public et vous connaissez l'objet de votre programme.

Il s'agit d'en faire l'analyse pour justifier votre choix et déterminer ensuite les moyens d'action.

Cette étape est une phase d'élargissement maximal. Vous devez situer le problème de santé dans son contexte global.

Le schéma suivant propose une synthèse des principaux groupes de facteurs qui peuvent être en relation ou expliquer le problème de santé étudié.



■ (7) Quels sont les éléments épidémiologiques disponibles sur le problème de santé ?

A.P.E.S. :

Vous pourriez en ajouter encore bien d'autres : la vigilance de l'enfant, l'état de la route, les moyens de transport disponibles, ...

Reprenons ces facteurs de risques et tentons de les organiser.

Vous êtes-vous documenté sur les risques d'accidents de la route à cet âge ? S'agit-il d'événements exceptionnels ?

PROJET :

Nous avons trouvé des données sur les décès au niveau national, mais cela ne nous aide pas beaucoup. Dans la commune, nous avons interrogé le commissaire de police. Les accidents graves sont assez rares. c'est le premier depuis cinq ans. Cependant les « incidents », les accidents « évités de justesse » sont eux fort fréquents. Bien qu'ils ne soient pas systématiquement enregistrés, la police les estime à au moins un par semaine. Ils concernent le plus souvent les enfants de 12 à 18 ans à vélo, vélomoteur ou moto.

REFLEXIONS

Pour prévenir un risque, il faut le connaître et décrire la probabilité d'apparition du risque en fonction de diverses variables.

A cette étape, il est nécessaire de faire appel à des données chiffrées sur le problème de santé. Elles sont fournies par des études épidémiologiques. L'épidémiologie étudie les phénomènes de santé dans la population par des méthodes quantitatives et qualitatives. Ces données sont essentielles dans la mise en oeuvre d'un programme de prévention.

Il n'est pas toujours possible pour un éducateur pour la santé de rassembler des données épidémiologiques.

Toutefois, celui-ci doit au moins s'intéresser à deux éléments.

1. Quelle est l'évolution du problème de santé dans le temps ?
2. Quelle est l'étendue du problème dans la population ?

■ (8) Quels sont les éléments de description de la communauté ?

A.P.E.S. :

Cela ne semble donc pas concerner prioritairement les enfants d'école primaire.

Ces «presqu'accidents», qui concernent-ils dans la commune ? Y a-t-il des facteurs sociaux, économiques en relation avec ceux-ci ?

PROJET :

C'est justement un des problèmes. C'est autour de l'école d'enseignement technique et professionnel qu'il y a le plus d'incidents. Les élèves viennent par leurs propres moyens. Le système de transport en commun n'est pas bien organisé. Les vélos sont rarement en conformité avec le code de la route.

Mais agir à ce niveau nous paraît déjà trop tard. C'est pourquoi nous visons l'école primaire.

REFLEXIONS

Vous devez décrire les facteurs environnementaux liés au besoin de santé étudié.

Pour étudier un phénomène de santé sur le plan épidémiologique, celui-ci est considéré le plus souvent par rapport à une POPULATION, c'est-à-dire un ensemble d'individus possédant une caractéristique générale commune (géographique, démographique, etc.).

Au moment d'étudier les facteurs environnementaux humains et matériels et les facteurs psycho-sociaux, il est souvent plus riche d'envisager la notion de COMMUNAUTE, c'est-à-dire d'individus rassemblés par un intérêt commun, ayant conscience de cet intérêt et de ce qu'il apporte.

Il est important de connaître la communauté avec laquelle vous devez travailler :

- pyramide des âges;
- population active;
- niveau socio-économique;
- habitat;
- structure sanitaire;
- structure éducative : scolarisation, etc.;
- structure sociale : association, etc.;
- structure administrative.

En connaissant le contexte humain et matériel de la communauté, vous pourrez estimer l'impact des facteurs socio-économiques en liaison avec le problème de santé étudié.

Dans notre exemple, la gravité de l'accident sur le chemin de l'école est lié au mode de déplacement lui-même en relation avec le revenu des parents, leur travail, la disponibilité d'équipements collectifs (transport scolaire), la circulation automobile devant l'école, etc.

■ (32) Qui peut décider quoi en cours de programme ?
■ (33) Comment prévoir et gérer la coordination ?

A.P.E.S. :

Un autre point important, c'est la coordination du programme. Vous avez déjà noté comme ressources humaines : un comité de parrainage, un comité d'organisation, etc.

Il faudra coordonner ces différents niveaux de participation. Qui décidera quoi à quel moment ?

PROJET :

Vous ne nous laissez aucun répit. C'est le mode de fonctionnement de notre association qui est en jeu. C'est vrai que si nous multiplions les contacts et les partenaires, nous devrions peut-être formaliser ou, tout au moins, clarifier le problème de la représentation et de la décision.

REFLEXIONS

Plus il y a de partenaires et plus les niveaux de responsabilité doivent se définir.

Lorsqu'un problème se posera en cours de réalisation, qui prendra la décision de différer, de modifier, de supprimer telle ou telle chose.

Trois niveaux se présentent souvent :

- institutionnel: les finalités, les grandes orientations du programme;
- organisationnel: la planification, la gestion du programme;
- opérationnel: l'exécution des tâches.

■ (34) Qu'est-ce que l'évaluation ?

Quinze jours plus tard, lors d'une dernière réunion.

A.P.E.S. :

Parlons maintenant d'évaluation.

PROJET :

Évaluer ! Est-ce vraiment nécessaire ? Nous verrons tout de suite si cela marche ou ne marche pas.

A.P.E.S. :

Probablement ! Nous faisons tous de l'évaluation, ... sans le savoir, puisque évaluer c'est donner une valeur à un objet, une

action. mais est-ce suffisant ? Comment savoir si les objectifs sont atteints : si les enfants roulent mieux à vélo, sont plus prudents et ont moins d'accidents. Et si ces effets sont obtenus, êtes-vous sûr que c'est grâce à votre programme ? C'est important si d'autres veulent vous imiter. Et si les objectifs ne sont pas atteints, pourquoi ? Que faut-il changer ?

En fait l'évaluation, à ce stade de la conception du programme c'est surtout un problème technique : quels sont les outils, les méthodes à utiliser pour rendre le jugement de valeur plus objectif.

REFLEXIONS

Évaluer : porter un jugement de valeur sur un objet, une action.

Évaluation : ensemble de méthodes utilisées pour rendre ce jugement le plus précis et le plus objectif possible.

L'évaluation comporte quatre éléments :

1. un point de référence
2. une information
3. une comparaison
4. une conclusion

L'évaluation consiste à porter un jugement à partir d'une comparaison entre des informations et des points de référence.

■ (35) Que voulez-vous évaluer ?

■ (36) Que ferez-vous des résultats de l'évaluation ?

PROJET :

D'accord tout cela nous paraît important ! Mais comment faire ?

A.P.E.S. :

D'abord bien savoir ce que l'on veut évaluer : choisir des points de référence. Il est impossible de tout évaluer. Qu'est-ce qui est vraiment important de savoir ? Ensuite, savoir pourquoi l'on évalue ? Que fera-t-on des résultats ?

PROJET :

Nous voulons diminuer le nombre d'accidents et pour cela aider les jeunes à modifier certains de leurs comportements, certaines de leurs attitudes.

A.P.E.S. :

Ce sont les objectifs du projet. Nous les avons bien formulés. Il sera plus facile de trouver les moyens de mesurer des

Réalisez un budget à partir du cahier des charges et des ressources disponibles

| BUDGET ACTIVITE : | |
|-------------------|----------------|
| Charges | Produits |
| traitement:... | subvention:... |

- (28) Quels sont les facteurs favorables au programme ?
- (29) Quels sont les facteurs défavorables au programme ?

A.P.E.S. :

Ne vous inquiétez pas pour cela. Aucun programme ne se déroule vraiment comme prévu. Vous serez de toute façon obligé à un moment ou à un autre d'improviser, mais cette improvisation ne doit pas devenir la règle ou alors vous perdrez le contrôle du programme et de vos objectifs. Commençons par refaire un bilan global de votre programme pour anticiper les difficultés et bien préciser ses points forts.

PROJET :

Ces facteurs varient avec les activités prévues.

Pour le projet course cycliste, je pense qu'il y a comme éléments favorables :

- le rôle actif de la communauté locale
- la participation des enfants
- la mise en évidence de l'association
- ...

et comme éléments défavorables :

- l'esprit «compétitif» dans des circonstances aménagées qui pourrait s'opposer à une certaine prudence sur la route;
- la lourdeur de l'investissement humain et financier;
- ...

REFLEXIONS

A ce stade de la conception, il est nécessaire d'anticiper les difficultés à venir, de faire le tableau de faisabilité du programme en confrontant le produit auquel vous arrivez aux données de l'analyse, aux priorités, aux moyens.

Attribuez une valeur subjective positive ou négative aux facteurs suivants :

favorables défavorables
(0 à +10) (0 à -10)

| | | |
|----------------------------|-------|-------------|
| - priorité santé : | ..... | ..... |
| - priorité éducative : | ..... | ..... |
| - priorité du programme : | ..... | ..... |
| - ressources humaines : | ..... | ..... |
| - ressources matérielles : | ..... | ..... |
| - ressources financières : | ..... | ..... |
| Total | + | ? Total - ? |

- (30) Quels sont les critères qui permettront de vérifier l'exécution du programme ?
- (31) A quel moment sera-t-il possible de réajuster le programme ?

A.P.E.S. :

Dans le même ordre d'idées, pour anticiper la réalisation, il vaut mieux mettre en place les moyens de suivre et de diriger le projet. Il faut prévoir le pilotage du programme.

PROJET :

Je dois donc revenir en arrière et revoir ma planification ?

A.P.E.S. :

En effet, vous reprenez votre cahier des charges, votre calendrier, votre budget et vous fixez des critères de réussite. Attention ! Vous pouvez contrôler, mesurer, quantifier ! De même, vous devrez prévoir dans le calendrier, le budget, une certaine souplesse, des occasions et des moyens de réajuster. Vous voyez qu'il vous restera l'attrait de la découverte.

REFLEXIONS

A chaque tâche peut correspondre un ou des indicateurs de réussite ou d'échec : une date à ne pas dépasser, une aide financière à recevoir, un nombre de participants à atteindre.

Ces indicateurs vous permettent de vérifier l'exécution du programme. Ce sont des sonnettes d'alarme.

Vous pouvez prendre des critères qualitatifs, mais, si possible, en dehors de votre propre jugement.

Des moments de contrôle et d'ajustement doivent être prévus dans la planification.

- (9) Quelles sont les caractéristiques psycho-sociales du public-cible ?

A.P.E.S. :

Donc, vous voulez surtout éduquer les jeunes et modifier certains de leurs comportements ?

PROJET :

Les éduquer, oui ! Nous pensons agir sur plusieurs paramètres de la sécurité : comme des ralentissements obligatoires aux abords des écoles. Mais toutes ces mesures ne servent à rien si les parents s'obstinent à garer leur voiture n'importe où, si les enfants traversent sans précaution, ou s'ils n'entretiennent pas leur vélo.

REFLEXIONS

Beaucoup de besoins de santé sont influencés par les comportements individuels ou les comportements de groupe. Ce sont ces facteurs psycho-sociaux qu'il importe de mieux connaître, car c'est à ceux-ci que l'éducation pour la santé s'intéresse en priorité.

D. LECLERCQ (1987) propose un modèle des facteurs producteurs de la conduite.

La conduite est un ensemble de comportements structuré autour d'un objet, d'une attitude. Cinq groupes de facteurs influencent la conduite :

- les motivations;
- les connaissances;
- l'estime de soi;
- la prise de décision;
- les habilités, les habitudes.

Pour analyser les caractéristiques psycho-sociales de la conduite en relation avec le besoin de santé, il faut :

- 1) identifier la conduite ou les conduites en relation avec le problème de santé pour le public-santé;
- 2) explorer les cinq facteurs producteurs de cette conduite;
- 3) tenter de dresser le portrait-robot d'un membre du public-cible.

Par exemple, Jerry a 14 ans. Il est pressé. Il s'est levé encore un peu plus tard que d'habitude, a déjeuné sur le pouce en écoutant d'une oreille distraite les reproches de ses parents, encore plus pressés que lui.

Pour gagner un peu de temps, il n'attache pas sa mallette sur son vélo et décide d'emprunter l'avenue qui passe devant l'école plutôt que de faire le détour habituel.

Au carrefour avant l'école, il n'indique pas son changement de direction et ne parvient pas à freiner pour éviter le vélomoteur qui vient en sens inverse. Il n'a d'ailleurs plus qu'un seul frein qui fonctionne.

Jerry, s'en tire à bon compte, il n'a que quelques écorchures et une entorse à l'épaule droite, mais son vélo est très abîmé.

- (10) Quelles sont les réponses préventives à apporter ?

A.P.E.S. :

Il sera nécessaire d'approfondir quelques-uns de ces comportements générateurs d'accidents.

Nous avons donné un tableau rapide du problème de santé : le risque d'accident pour les enfants sur la route de l'école. Vous avez déjà évoqué quelques solutions.

Reprenons-les pour préciser quel type d'aide nous pourrions vous apporter.

PROJET :

Nous avons imaginé plusieurs démarches :

- Un contact avec le centre de santé scolaire. Nous pouvons les aider à communiquer avec les parents pour leur rappeler l'importance du dépistage des troubles sensoriels.
- Un contact avec le bourgmestre pour faire le catalogue des mesures préventives possibles sur le plan de la police de la circulation, mais aussi sur le transport scolaire, l'amélioration de la voirie, etc.
- Enfin, nous avons prévu une petite brochure d'information pour les parents et les enfants.

REFLEXIONS

Pour prévenir un événement, il faut connaître son déroulement, les facteurs qui le composent. Vous avez réalisé cette première étape. Vous pouvez maintenant rechercher les réponses préventives. Sans faire encore une analyse approfondie, il est important d'avoir une vision large des mesures préventives à prendre. Les mesures éducatives ne sont pas toujours les seules réponses, ni les plus importantes.

Il est possible de regrouper les réponses préventives en trois grands domaines : actions médicales, actions collectives, actions éducatives.

Besoins de santé

- Facteurs biologiques
- Facteurs environnementaux
- Facteurs psycho-sociaux

Réponses préventives

- Actions médicales
- Actions collectives
- Actions éducatives

Il faut analyser de façon parallèle les besoins et les réponses. Vous devez parcourir toutes les étapes du schéma quel que soit le besoin de santé. Toute action préventive de santé présente les différents facteurs et réponses, mais à des degrés d'intensité différents.

A.P.E.S :

Je vois que vous n'avez pas limité votre action au projet éducatif.

Par contre, celui-ci me paraît fort limité. Cette brochure va-t-elle suffire à changer les comportements ? Avez-vous contacté des spécialistes de la sécurité routière ? Avez-vous cherché des programmes similaires au vôtre ?

■ (11) Quels sont les programmes d'éducation pour la santé disponibles ?

PROJET :

C'est vrai, ce projet de brochure me paraît maintenant insuffisant. Mais nous n'avons rien trouvé dans les écoles de la commune après avoir interrogé les enseignants. Il y a bien des cours sur le code de la route, mais c'est un enseignement assez théorique. Nous avons trouvé cette brochure néerlandophone et nous n'avons pas cherché plus loin. Pouvez-vous nous aider ?

REFLEXIONS

Vous devez maintenant faire des recherches fouillées pour découvrir qui a déjà traité un projet similaire au vôtre quand, où et comment. Il existe peut-être des références, des résultats que vous pourrez étudier et comparer au contexte que vous vivez. Si c'est le cas, ce sera un gain de temps appréciable et un facteur de succès.

Tout programme d'éducation pour la santé doit s'accompagner d'une recherche documentaire, d'une analyse bibliographique. Plus votre programme est ambitieux et plus il devra s'appuyer sur cette démarche.

Vous chercherez bien sûr du matériel, des conseils mais surtout des résultats d'évaluation, des programmes.

Un programme peut vous intéresser en priorité, s'il présente les éléments suivants :

A. Une description du besoin de santé visé.
Pourquoi ?

P. Les objectifs du programme.
Quoi ?

P. Une description des activités, des moyens.
Où ? Quand ? Comment ?

R. Une description du déroulement, des obstacles rencontrés.
Que s'est-il passé ?

E. Une description des résultats.
Quels effets ?

T. Les conditions d'une généralisation.
Quelles conclusions ?

■ (12) Quelles sont les ressources disponibles ?

A.P.E.S. :

Bien volontiers, d'autant que vous avez déjà fait un travail considérable sur le plan local.

Nous allons chercher avec vous des informations spécifiques dans le domaine de l'éducation pour la santé.

Etes-vous prêt à vous lancer dans un programme structuré, à travailler sur une certaine durée ?

PROJET :

Nous sommes tous bénévoles, mais en créant notre association nous savions que nous pourrions compter les uns sur les autres et que le problème était difficile.

REFLEXIONS

L'analyse de la situation est parfois difficile à mener. Cependant, de nombreuses ressources sont souvent disponibles. Il «suffit» de les identifier.

La recherche de ces sources d'informations peut suivre la démarche suivante :

- 1) avoir le réflexe de s'informer, de consulter;
- 2) identifier les sources d'information et surtout les lieux d'information sur l'information;
- 3) obtenir l'information;
- 4) utiliser l'information.

Il faut aussi tenir compte des moyens dont vous disposez et donc d'abord préciser ceux qui sont nécessaires pour la réussite des activités envisagées.

Analysons une des activités envisagées : organiser une course cycliste pour les enfants à l'occasion de l'une des fêtes de quartier organisées dans la commune.

De quoi avez-vous besoin pour cette organisation ?

PROJET :

Cela dépend de l'ampleur que l'on veut donner à ce projet. Si nous voulons faire participer les enfants et les parents, il faudra investir plus de temps que s'il s'agit simplement d'inviter les enfants à concourir à une date donnée.

A.P.E.S. :

○ *C'est vrai ! Vous devez donc repartir de la liste des objectifs intermédiaires et faire une liste des actes concrets en relation avec ce projet de course cycliste, et préciser les moyens nécessaires.*

PROJET :

Encore du travail en perspective ! Allons-y !

Il faut prévoir entre autres :

- la promotion de la course : radio, affiches, sponsoring, etc.;
- la collaboration avec le comité de fête;
- les autorisations, les assurances;
- la participation des enfants : écoles, mouvements de jeunesse, maison de la culture;
- la préparation des vélos : contrôle technique, entretien.

○ *Les ressources humaines :*

- un comité de parrainage;
- un comité d'organisation;
- des bénévoles pour vérifier les vélos, baliser la course,...

Les ressources matérielles :

- un local pour l'entretien et le contrôle des vélos;
- un podium pour la course;
- etc.

Les ressources financières pour la promotion, les prix, etc.

REFLEXIONS :

Quelques acteurs potentiels

- institutionnel : un comité de parrainage,...
- administratif : un groupe de travail, un comité d'organisation, ...

- logistique : des collaborateurs, des bénévoles, ...

Quelques ressources matérielles

- un lieu, un espace, ...
- un moment, une date, ...
- des documents scripto-audio-visuels,...
- etc.

Quelques coûts à prévoir

- les ressources humaines : traitement, honoraires, ...
- les ressources matérielles : location, création, ...
- les frais généraux : téléphone, déplacements, ...
- les frais financiers : emprunts, ...

Il faut préciser tous les coûts, même si vous bénéficiez de dons, de bénévoles, ...

- (25) Quel est votre cahier de charges ?
- (26) Quel est votre calendrier ?
- (27) Quel est le budget ?

A.P.E.S. :

Toutes ces données, il est nécessaires de les organiser.

Vous pouvez déterminer un cahier des charges, établir un calendrier, fixer un budget.

PROJET :

Je n'imaginai pas qu'il fallait être aussi précis ? Vous ne laissez guère de place à l'imagination, au savoir-faire !

REFLEXIONS :

Réalisez un cahier de charges

| ACTIVITE: | | | | | | | | |
|-----------|--------|--------|------|--------|------|-------|------|-------|
| | acteur | public | lieu | moyens | coût | durée | date | début |
| Tâche 1 | | | | | | | | |
| Tâche 2 | | | | | | | | |

Réalisez un calendrier à partir du cahier des charges

| ACTIVITE: | | | | |
|-----------|---------|---------|------|-----|
| | janvier | février | mars | ... |
| Tâche 1 | | | | |
| Tâche 2 | | | | |

REFLEXIONS

Les objectifs ont été rédigés par rapport au public-santé en termes d'apprentissage de comportements. Ce sont maintenant les éducateurs qui reviennent en scène pour préciser les activités qu'ils vont entreprendre.

La première étape consiste à rédiger une liste d'activités la plus riche possible.

Pour vous aider dans cette phase créative, vous pouvez vous inspirer des axes suivants :

Les activités peuvent être :

- cognitives - affectives - psychomotrices;
- individuelles - collectives;
- actives (faire quelque chose) - passives (recevoir quelque chose);
- directes (vécues) - indirectes (relatées, vues, ...);
- brèves - longues;
- simples - complexes.

Par exemple, pour l'objectif «l'enfant sera capable d'entretenir son vélo», les promoteurs peuvent envisager les activités suivantes :

- organiser un cours à l'école;
- inviter un coureur cycliste;
- réaliser une brochure;
- former une équipe de «contrôleurs»;
- organiser un concours du «plus beau vélo»;
- etc.

La deuxième étape consiste à confronter cette liste aux objectifs prévus.

- (20) *Quelle est votre stratégie d'information ?*
- (21) *Quelles sont les animations qui permettront à votre public d'agir ?*

A.P.E.S. :

Tentons d'organiser ce remue-méninges.

Vous proposez des moyens de communication, des projets.

PROJET:

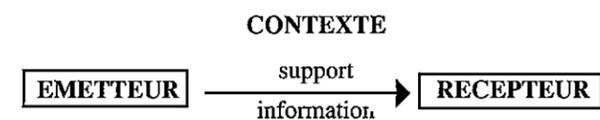
Vous opposez ces deux démarches ? Une campagne de type publicitaire ne pousse-t-elle pas à agir ?

Et beaucoup d'animations ne sont-elles pas de simples séances d'information ?

REFLEXIONS :

Elles ne sont pas opposées, mais cette distinction nous permet de présenter deux grands modes d'actions et d'attirer l'attention sur le rôle actif que doit jouer l'apprenant.

L'information est un élément du processus de communication. Un émetteur transmet une information à un récepteur en utilisant un support dans un contexte particulier.



Chaque élément de ce schéma doit être analysé face à un projet de communication. Vous pouvez appliquer l'A.P.P.R.E.T. à ce projet spécifique.

Une communication peut-être construite pour rendre le récepteur actif.

La communication pose de nombreux problèmes, par exemple, celui du pouvoir de l'information : l'émetteur sélectionne, transforme, garde des informations; le récepteur ne peut pas, ne sait pas, ne veut pas s'informer.

L'animation vise à rendre le participant actif parce que dans une **démarche éducative et efficace**, il faut :

- apprendre à apprendre;
- agir pour apprendre;
- développer des personnes autonomes.

Une démarche active :

- permet l'expression personnelle;
- utilise le vécu, l'expérience;
- respecte les modes et les rythmes d'apprentissage;
- etc.

Par exemple : réaliser une enquête, débattre, jouer, etc.

- (22) *Quelles sont les ressources humaines nécessaires et disponibles ?*
- (23) *Quelles sont les ressources matérielles nécessaires et disponibles ?*
- (24) *Quelles sont les ressources financières nécessaires et disponibles ?*

A.P.E.S. :

Il faut choisir parmi les activités imaginées celles qui semblent permettre d'atteindre le plus grand nombre d'objectifs et de les atteindre le plus sûrement possible tout en respectant les priorités définies.

A ce stade d'analyse, vous réalisez un tour d'horizon des organismes et personnes. Vous approfondirez ces contacts en fonction des besoins du programme : analyse de la situation, préparation du programme, rassemblement de moyens, etc.

Créez votre carnet d'adresses en identifiant les personnes, les institutions et leurs ressources.

Deux pistes peuvent vous aider au départ.

- 1) Existe-t-il un cadre administratif, législatif en relation avec votre projet ? Les personnes travaillant dans ce cadre sont une source d'information précieuse.
- 2) Quelles sont les structures locales susceptibles de traiter certains des facteurs abordés : services sanitaires, sociaux, éducatifs, etc. Vous y trouverez des ressources.

- (13) *Pourquoi votre projet est-il important, prioritaire ?*
- (14) *Pour qui votre projet est-il important, prioritaire ?*

Quinze jours plus tard.

A.P.E.S. :

Avez-vous bien reçu les documents que je vous ai transmis ? Il y a peu de projets éducatifs bien développés et évalués sur le thème de la sécurité de l'enfant sur la route de l'école.

PROJET :

Oui, mais la qualité compense la quantité. Ce programme suédois est riche d'idées, mais nos moyens sont limités. Nous ne pourrions pas tout à la fois résoudre le problème de la fatigue, du rythme scolaire; nous adresser aux enfants, aux parents, aux enseignants; prévoir des leçons, du matériel pédagogique, des conférences, des «groupes de pairs», ...

A.P.E.S. :

Qu'est-ce qui vous semble le plus important ?

REFLEXIONS

L'analyse a fait apparaître la complexité d'une situation. Pour préparer le programme, il faut opérer des choix parmi les informations, les pistes d'actions. Fixer des priorités, c'est clarifier les critères de choix pour vous, pour ceux qui contribuent ou qui bénéficient du programme.

A propos de la question (13) :

Vous argumentez, vous défendez vos idées. Qu'est-ce qui est important dans votre projet ? La liste suivante est indicative, à vous de préciser vos critères. Les priorités peuvent se répartir dans trois grands domaines :

- la santé;
- l'éducation;
- le programme.

PRIORITÉS DE SANTÉ

Le problème de santé est :

- fréquent: le nombre de personnes concernées est important.
- grave: les conséquences liées à ce problème sont graves : invalidité, séquelles, complications, douleurs, conséquences sociales, psychologiques,...
- urgent: l'évolution est rapide.

PRIORITÉS ÉDUCATIVES

L'action éducative est :

- pertinente: la démarche éducative est la plus appropriée, la plus pertinente.
- fondée: le comportement visé peut être changé et mesuré directement ou indirectement.
- participative: le public visé est actif, impliqué.
- personnalisées: la démarche est individualisée, adaptée.

PRIORITÉS LIÉES AU PROGRAMME

Le programme est :

- faisable: il y a les compétences, le personnel, les moyens, le temps, etc.
- porteur: il valorise la personne et l'institution qui le mettent en oeuvre.
- mobilisateur: le projet suscite l'adhésion, permet l'interdisciplinarité, la coordination des efforts.
- novateur: ...
- permanent: ...

D'autres priorités sont encore possibles : politique, administrative, éthique, etc.

A propos de la question (14)

Les priorités sont fonction des personnes qui les posent. Vous devez vous placer dans la position des différentes personnes en contact avec le projet :

- les décideurs: pouvoir politique, administratif, etc. Vous pouvez analyser des déclarations, des textes légaux, des circulaires, des budgets, etc.
- les éducateurs: quelles sont vos priorités, celles de vos collègues, celles d'autres organisations.

le terrain: quelles sont les priorités des relais, du public, etc.

■ (15) Faut-il poursuivre, modifier ou arrêter le projet initial ?

A.P.E.S. :

Nous avons beaucoup progressé puisque nous possédons des critères pour juger l'importance des différents projets possibles. Tentons de faire ce bilan. Gardons-nous le projet de brochure ?

PROJET :

Cette brochure n'était pas une mauvaise idée, vu nos moyens, pour faire prendre conscience du problème. Mais c'est vrai qu'elle est insuffisante. Nous pourrions peut-être la réaliser avec les élèves cela permettrait déjà d'aller plus loin avec eux.

REFLEXIONS

Dresser une liste de priorités doit servir à prendre des décisions avant de débiter la phase de construction du programme. Le projet initial est-il toujours le bon ?

Faut-il le différer par manque d'information ?
Peut-on le modifier, en introduisant quelles données ?
Sommes-nous toujours prêts à investir, dans quelles conditions ?

■ (16) Quels sont les objectifs de santé de votre projet ?

A.P.E.S. :

Vous êtes prêts à poursuivre, mais n'allons pas trop vite. C'est un excellent moyen éducatif, mais précisons d'abord les objectifs du programme.

PROJET :

Cela c'est clair. L'association S.E.R.E. veut réduire le nombre d'accident sur la route de l'école chez les enfants de 3 à 18 ans.

REFLEXIONS

Formulé de cette manière, l'objectif est trop général. Il concerne l'association, mais pas le programme. Il faut donc tenter de préciser cet objectif. Viser un objectif que le programme pourrait influencer.

Pour cela, il est possible d'utiliser les questions suivantes :

- qui bénéficiera du programme ?
- à quel moment, pour quelle durée ?
- à quel endroit ?
- dans quelles circonstances ?
- avec quel succès ?

■ (17) Quels sont les objectifs éducatifs terminaux du programme ?

A.P.E.S. :

Bien, nous arrivons à préciser l'objectif santé : «réduire de 50 % sur deux ans les accidents à vélo sur le chemin de l'école dans notre commune chez les 10 à 14 ans».

Il est possible d'atteindre cet objectif de plusieurs façons. Attaquons-nous maintenant prioritairement aux comportements psycho-sociaux et précisons les objectifs éducatifs visés au terme du programme.

PROJET :

Nous voulons apprendre aux jeunes et aux parents à comprendre le code de la route et à le respecter.

A.P.E.S. :

Ce sont des objectifs, mais pour être précis, il vaut mieux utiliser la formule suivante :

Au terme du programme, les enfants de 10 à 14 ans seront capables de faire certaines choses leur permettant d'éviter les accidents à vélo, qu'ils n'étaient pas capables de faire avant. Vous précisez ainsi des comportements observables chez l'apprenant.

REFLEXIONS

Un programme d'éducation pour la santé vise des objectifs éducatifs. Pour les formuler, il faut être attentif aux points suivants :

1. Définir l'objectif pour l'apprenant, pas pour l'éducateur

Vous mettez ainsi l'accent sur l'apprentissage, sur l'enfant. Les objectifs de l'éducateur sont des moyens pour permettre l'apprentissage.

Par exemple, c'est l'enfant qui apprend à rouler à vélo. C'est l'adulte qui organise les moyens pour permettre cet

apprentissage.

2. Définir un objectif comportemental

Cela permet de l'observer, de le contrôler.

Plutôt que «comprendre le code de la route», écrire «citer, appliquer le code de la route».

3. Préciser l'objectif éducatif terminal

Un objectif peut être défini avec plus ou moins de précision. Il faut formuler des objectifs qui peuvent être atteints au terme du programme. Les objectifs terminaux d'une séance ne sont pas ceux d'un programme de trois ans.

Dans l'exemple, que faut-il choisir comme objectif après deux ans :

- appliquer le code de la route;
- appliquer le code de la route sur le chemin de l'école;
- respecter la signalisation routière;
- s'arrêter au stop du carrefour près de l'école ?

■ (18) Quels sont les objectifs intermédiaires de votre programme ?

A.P.E.S. :

Ce n'est pas facile, mais vous y êtes arrivés. Les objectifs suivants vont véritablement guider tout le programme :

Au terme des deux années de programme, les enfants de 10 à 12 ans de la commune, seront capables de :

- respecter le code de la route sur le chemin de l'école;
- choisir un itinéraire selon ses dangers et le respecter quelles que soient les circonstances;
- vérifier et entretenir son vélo;
- conduire son vélo de façon aisée et prudente;
- anticiper le comportement des automobilistes.

Il est possible et utile de définir ces objectifs de façon encore plus précise en réfléchissant aux objectifs cognitifs affectifs et psychomoteurs qui les sous-tendent.

PROJET :

J'ai compris : pour que le jeune de 10 à 12 ans soit capable d'entretenir son vélo, il doit pouvoir le démonter et le remonter (objectif psychomoteur-; il doit avoir envie d'en prendre soin (objectif affectif); il doit connaître l'effet destructeur de la pluie, du sable, ... (objectifs cognitifs). Mais, tous ces objectifs, est-ce bien utile ?

REFLEXIONS :

Les objectifs sont la base d'une action éducative. Ils permettent de déterminer les méthodes d'intervention et les moyens d'évaluation. Mais pour assurer la réussite d'un objectif éducatif comportemental (être capable de faire), il faut passer par une série d'étapes intermédiaires.

Quels sont les :

- savoirs (connaissances, compréhension, etc.);
- savoirs-faire (habiletés, etc.);
- savoirs-être (attitudes, désir de faire, etc.)

nécessaires pour produire le comportement visé ?

A partir de ces questions et en allant du général au spécifique, on construit un ARBRE D'OBJECTIFS.

Par exemple :

- conduire son vélo de façon aisée et prudente;
- se sentir à l'aise à vélo;
- connaître la meilleure position de conduite;
- s'habiller en fonction de la conduite du vélo :
 - . utiliser des pinces à pantalon,
 - . fermer son blouson,...

■ (19) Quelles sont les activités à entreprendre pour atteindre les objectifs fixés ?

La semaine suivante, avec quelques membre de l'association S.E.R.E.

A.P.E.S. :

La phase d'approche a pu vous paraître un peu longue. Nous savons néanmoins quels sont les effets que nous voulons atteindre. Le tout est de choisir maintenant la meilleure façon d'y arriver.

PROJET :

Commençons par imaginer un maximum d'activités en variant les angles de vue et faisons un tour de table.

- Nous pouvons travailler avec les enseignants, les parents, les enfants, la police.
- Nous pouvons viser un dialogue, proposer un média.
- Nous pouvons organiser une fête, créer un circuit d'écologie,...
- ...