

## Politique de santé

## Québec

19, 20, 21 octobre 1995

7e Colloque du Réseau québécois des Villes et villages en santé: «Agir pour réduire les inégalités: une responsabilité à partager».

## Education pour la santé

## Paris

20 au 22 novembre 1995

Formation: évaluer les actions de santé: qu'est-ce qu'évaluer?; les domaines de l'évaluation; processus et niveaux d'évaluation; les outils de l'évaluation; exercices pratiques à partir d'expériences concrètes.

Coût: 2.520FF.

Renseignements: Santé et Communication, rue de Charonne 153, F-75011 Paris, tél. (33)(1)43.56.25.15.

## Nutrition

## Wageningen (NL)

25-26 janvier 1996

Première annonce: Conférence Internationale Promotion de la santé et Nutrition.

Appel à abstracts pour les ateliers: date limite le 1er septembre 1995.

Renseignements: Lenneke Vaandrager, Dept. of Communication and Innovation Studies, Agricultural University, Hollandseweg 1, NL-6706 KN Wageningen, tél. +31 8370 84694, fax +31 8370 84791

## Culture, enfant à l'hôpital et humanisation

Depuis quelques années, on voit apparaître dans le paysage hospitalier de nouveaux visages, des spécialistes de l'animation et de la culture, ludothérapeutes et clowns, conteurs et musiciens.

Par leur présence, ils posent la question d'une prise en charge globale de l'en-

fant, de l'ouverture sur un extérieur non médical, de la place du culturel dans les milieux de la santé.

Le colloque «Le bien-être de l'enfant à l'hôpital, une volonté partagée» organisé en novembre dernier et présidé par Madame Laurette Onkelinx, Ministre-Présidente, ainsi que la journée d'information qui s'est tenue à La Marlagne à l'initiative des Ministres Tomas et Onkelinx, ont témoigné de l'importance de la rencontre et du nécessaire échange entre les acteurs qui, chacun dans leurs lieux politiques, géographiques, techniques, culturels, essaient de proposer leurs compétences pour le mieux-être des enfants.

## Une formation?

Cette formation mise en place en avril à l'initiative du Ministre Tomas, chargé de la Culture, et de la Ministre-Présidente Laurette Onkelinx, chargée de l'enfance et de la Promotion de la santé, regroupera les travailleurs socioculturels et les soignants. Elle débutera dès octobre prochain.

Elle sera organisée par la cellule de coordination de la formation des cadres culturels de la Direction Générale de la Culture et de la Communication en collaboration avec le Centre d'Education du Patient.

## Ses objectifs

Par une approche commune de la situation de l'enfant hospitalisé, des besoins et attentes de ses parents, par une réflexion approfondie sur le rôle et l'importance de l'animation en milieu hospitalier, par l'apprentissage de techniques d'animation,

- augmenter les connaissances des participants sur ce qui se fait, sur ce qu'il est possible de mettre en place pour améliorer les conditions d'hospitalisation dans une perspective d'approche globale de l'enfant;

- amener le monde des soignants et des non soignants à concevoir un projet commun d'humanisation des services de pédiatrie;

- rendre les participants aptes à mener des animations avec et pour des enfants en milieu hospitalier.

Pour tous renseignements: Centre d'Education du Patient, tél.: 082/61.46.11.

Les actes du colloque du 18 novembre 1994 «Le bien-être de l'enfant à l'hôpital, une volonté partagée» sont également disponibles au Centre d'Education du Patient.

## Emploi - offres

Educateur à la santé - gestionnaire de projet de santé communautaire.

Fonction: gestion d'un programme de santé communautaire de promotion de la santé du coeur dans la région du Centre - à temps partiel (1/2 temps ou 3/4 temps - temps plein possible).

Profil: niveau universitaire, formation ou expérience en éducation pour la santé.

Les candidats doivent adresser leur C.V. complet au Dr Berghmans, médecin-directeur, Observatoire de Santé en Hainaut, rue Saint-Antoine 1, 7021 Havré.

Renseignements complémentaires: 065/87.27.00.

La Louvière Ville-Santé engage un médecin avec orientation en santé publique pour développer le projet Ville-Santé: animation de groupes de travail, planification, relations publiques (emploi 2 jours/semaine). Une formation ou expérience en promotion de la santé est indispensable.

C.V. complet à adresser au Dr Jean Degré, Echevin de la Santé, rue de la Loi 20, 7100 La Louvière.

## Emploi - demande

Licenciée en journalisme et communication sociale recherche un emploi (temps partiel ou temps plein) lui permettant de collaborer à la rédaction de documents informatifs et à la réalisation de projets en éducation pour la santé. Coordonnées: Françoise Kinna épouse Coulon, rue Victor Gambier 12, 1180 Bruxelles, tél. 02/376.43.64.

## Education

## SANTÉ

## 6ème Journée scientifique d'éducation pour la santé RESO-UCL

## Introduction p. 3

Alain Deccache, Chantal Leva

Colloque 1  
La petite enfance au milieu scolaire p. 6

Maria Amalia Gomez Risueño, Philippe Meremans, Françoise Piron, Georgina Germanes, Claude Renard, Jean-Pierre Deschamps

Colloque 2  
Relation soignant-soigné p. 19

Rémi Gagnayre, K.P. van Ballekom, Jacques Dumont, Alain Deccache

Colloque 3  
Lieux de travail et lieux de vie p. 33

Brigitte Sandrin Berthon, Michel Mercier et Jacqueline Delville, Pierre Campagna, Axel Roucloux

## Bibliographie p. 41

Maria-Antonia Bertrand-Baschwitz

## Nos suppléments:

Affiche 'A l'eau? Ici l'entraide.' Inventaire 1995 des groupes d'entraide



Photo News - Explorei



## Ne pas bronzer idiot

Sous ses dehors frivoles et estivaux, cette livraison de vacances d'Education Santé est particulièrement consistante. En effet, elle est entièrement consacrée à la publication de presque toutes les interventions des trois colloques simultanés qui ont eu lieu lors de la 6ème journée scientifique d'éducation pour la santé organisée par l'Unité RESO de l'UCL le 6 avril dernier.

La matière est très abondante, puisque nous vous offrons un numéro de 48 pages au lieu des 28 pages habituelles. De quoi meubler studieusement quelques heures de saine lecture d'ici la rentrée...

Le thème fédérateur de cette journée était "L'éducateur pour la santé: acteur et formateur". Dans le courant de professionnalisation que nous observons depuis quelque temps en promotion de la santé, la formation est de plus en plus perçue comme une nécessité absolue par les acteurs de terrain. Elle est vécue comme une condition nécessaire à l'aboutissement des programmes, à l'efficacité des projets.

La multiplication des intervenants à la journée scientifique témoigne aussi du fait qu'il y a de plus en plus de licenciés en éducation pour la santé sur le "marché" de la promotion de la santé en Belgique francophone. Leurs textes, outre l'intérêt que vous pourrez trouver dans leur contenu proprement dit, permettent aussi de se rendre compte de ce que la formation qu'ils ont suivie leur a apporté, et aussi des lacunes qu'ils ont constatées en confrontant leur bagage universitaire à la réalité parfois plus cruelle que le cocon académique.

La licence de l'UCL a (déjà) dix ans d'existence. C'est l'occasion de faire le point, et aussi, à la lumière de l'expérience accumulée, d'essayer de mieux adapter l'offre aux besoins des travailleurs en matière de formation. Les quatre pages au milieu de ce numéro vous précisent les possibilités offertes par l'UCL à la prochaine rentrée académique. Avis aux autres organismes élaborant des formations en promotion de la santé: les colonnes d'Education Santé vous sont aussi ouvertes!

Ce numéro est également très 'intermutualiste', puisque nous avons le plaisir de pouvoir vous offrir un exemplaire de l'édition 1995 de l'"Inventaire des groupes d'entraide en Communauté française de Belgique" réalisé par le Service Promotion de la Santé de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes. Avec en prime la (superbe) affichette communiquant le numéro de téléphone du service.

Et rendez-vous début septembre pour un numéro 100 que nous vous promettons plus spectaculaire que de coutume!

Christian De Bock, rédacteur en chef

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

Rédacteur en chef: Christian De Bock.

Conseiller de la rédaction: Jacques Henkinbrant.

Secrétaire de rédaction: Bernadette Taeymans.

Secrétaire de rédaction adjoint: Anne Fenaux.

Rédaction, documentation, abonnements: Marysè Van Audenhaege.

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

Editeur responsable: Edouard Descampe.

Maquette: Philippe Maréchal.

Mise en page, photogravure et impression: Economat ANMC.

Tirage: 2.200 exemplaires.

Diffusion: 1.900 exemplaires.

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

ISSN: 0776 - 2623.

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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

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

milieux populaires. Les responsables vous invitent à fêter cet anniversaire.

Le programme de cette journée comprend des interventions, des témoignages d'animateurs, des ateliers et animations pour petits et grands ainsi qu'un repas convivial.

Par ailleurs, les groupes et organisations actifs en milieux populaires sont invités à présenter leur travail et leur expérience en matière d'éducation pour la santé et/ou de formation en milieux populaires (stands, affiches, documents,...).

Lieu: Centre Interculturel Agora, rue Vivegnis 73, 4000 Liège (Quartier Léonard).

Renseignements et inscriptions: Ligue des Familles "Action-Santé", rue des Ikellois 3, 4000 Liège, Tél.: 041/53.28.24.

### Alcoolisme

Amiens (F)

**21 et 22 septembre 1995**

L'Association nationale de prévention de l'alcoolisme (ANPA) Picardie organise un colloque sur le thème «Alcool - société - précarité et travailleurs sociaux».

Renseignements: Patricia Auclair, Pierre Fagniot, Délégation régionale ANPA Picardie, rue Jean La Fontaine 5, 02100 Saint-Quentin, tél. 23.62.30.32.

### Sommeil

Tournai

**25 septembre 1995**

Conférence «Bien dormir pour bien vivre», par le Docteur Charles Doyen, responsable d'un laboratoire du sommeil, et Monsieur Guy Adant, licencié en éducation pour la santé. Entrée gratuite, ouverte à tous. Lieu: Centre de repos du Tournaisis, chaussée de Douai 5, 7500 Tournai (20 heures).

Inscription: avant le 12 septembre 1995, au service Animation de La Prévoyante (Mutualité Professionnelle et Libre du Tournaisis), quai A. Sakharov 2, 7500 Tournai, tél. 069/21.41.47 (ext.231 et 238).

### Assuétudes

Paris (F)

**25 au 29 septembre 1995**

Stage de formation «Prévention des dépendances» (5 jours).

Contenu: communiquer en éducation pour la santé, les repères; prévenir les dépendances, ce qu'il faut connaître; entre la thérapie et la répression, quelle place pour la prévention?; comment concevoir les séances sur ce sujet?; choix d'outils pédagogiques adaptés.

Coût: 4200 FF.

Renseignements: Santé et Communication, rue de Charonne 153, 75011 Paris, tél. 43.56.25.15.

### Santé, pédagogie et cultures

Bruxelles

**26 septembre 1995  
5, 17 et 26 octobre  
7, 16 et 24 novembre  
8 décembre**

Cycle de formation proposé par Cultures et Santé visant l'amélioration de la communication entre un public peu scolarisé et/ou maîtrisant mal le français et les professionnels du secteur socio-médical.

Chacune des 8 journées de formation (de 9 H 30 à 16 H 30) sera consacrée à un thème; les sujets abordés seront:

- représentation du corps et cultures;
- santé mentale et cultures;
- alimentation et cultures;
- hygiène et cultures;
- information sexuelle et cultures (I);
- information sexuelle et cultures (II);
- grossesse, accouchement et cultures;
- éducation et cultures.

Le nombre de participants est limité. Les inscriptions seront clôturées le 21 septembre 1995

La participation aux frais s'élève à 3000 FB pour le cycle complet ou 500 FB par journée de formation, en cas d'inscription avant le 15 septembre 1995.

Toute information complémentaire peut être obtenue à Cultures et Santé, avenue de Stalingrad 24 à 1000 Bruxelles, Tél.: 02/513.56.99.

### Santé mentale

**A partir d'octobre 1995**

L'Institut de Formation à l'Intervention en Santé Mentale (Ifisam) organise des cycles de formation à partir d'octobre 1995:

- formation clinique en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (2 ans)
- formation à la thérapie du développement (2 ans + 2 ans).

Renseignements: Direction, Colette Prins-Versporten, rue du Président 53, 1050 Bruxelles, tél. 02/511.55.43; secrétariat, Marie-Claire Dannevoye, boulevard du Nord 7, 5000 Namur, tél. 081/22.21.26.

### Assuétudes

Bruxelles

**10 et 26 octobre 1995  
7 et 23 novembre 1995  
5 décembre 1995**

Infor-Drogues propose un module de formation destiné aux équipes pédagogiques de l'enseignement secondaire.

Méthodes et supports: transmission d'informations (la drogue, l'adolescence, la drogue à l'école,...), échanges et discussions, abord de situations pratiques relatées par les participants ou proposées par les animateurs, mise en forme de manières adéquates de se situer par rapport aux élèves.

Modalités: groupe de 12 à 15 personnes provenant d'établissements scolaires différents - 12 heures de travail réparties en 5 séances de 2 H 45 chacune.

Coût: 3.800 FB par personne

Clôture des inscriptions: le 18 septembre 1995.

Deux autres modules identiques auront lieu en 1996, l'un en janvier et l'autre en avril. Les dates limites d'inscription sont respectivement le 4 décembre 1995 et le 18 mars 1996.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez téléphoner au 02/534.14.01.

### Accident domestique

Paris

**16 au 18 octobre 1995**

Séminaire du Réseau francophone de prévention des traumatismes et des accidents.

Coordination du séminaire: Dr Nicole Damestoy, Mme Marie-Pierre Janvrin, Comité français d'Education pour la Santé, rue Auguste Comte 2, F-92170 Vanves, tél. (33)(1)46.45.45.00.

Assuétudes - milieu de travail

Bruxelles

**4, 11, 18, 25 septembre  
et 2 octobre 1995**

Cycle de formation sur le thème «Comment aborder, motiver et aider un consommateur à problème?».

Public visé: les travailleurs médico-sociaux en entreprise.

Objectifs: conscientiser les travailleurs médico-sociaux pour en faire des partenaires actifs de la prévention de l'alcoolisme et des autres toxicomanies; leur donner les moyens concrets d'optimiser leurs échanges avec les alcooliques et autres travailleurs en difficulté, de favoriser un dépistage précoce de ces personnes et leur orientation vers des structures de prise en charge adéquates.

Contenu de la formation:

- information théorique sur l'alcoolisme et les autres toxicomanies;
- sensibilisation à l'approche systématique de ces problématiques;
- conséquences et facteurs favorisant les problèmes d'assuétudes au travail;
- formation à la relation d'aide (exercices pratiques de communication, discussion de cas amenés par les participants, jeux de rôle);
- information sur les ressources institutionnelles en matière de prise en charge.

Intervenants: Michèle Bauwens, Valérie Foucart.

Coût: en cas de prise en charge par l'entreprise, 8500 F/personne pour 1 personne, 7500 F/personne pour 2 personnes et 7000 F/personne pour 3 personnes et plus; en cas de prise en charge individuelle: 7000 F/personne.

Inscriptions et informations: asbl «Santé et Entreprise», rue Fontaine d'Amour 11, 1030 Bruxelles, tél. 02/215.61.45.

Mort

Paris (F)

**12 au 15 septembre 1995**

Stage de formation «Accompagnement des personnes en fin de vie» (4 jours).

Contenu: représentations des professionnels (maladie, souffrance, mort); psychologie de la personne en fin de vie; psychologie de la personne en deuil; écoute, entretien, accompagnement.

Coût: 3360 FF.

Renseignements: Santé et Communication, rue de Charonne 153, 75011 Paris, tél. 43.56.25.15.

Sciences sociales

Marcinelle

**A partir du 16 septembre 1995**

Licence en sciences du travail, option: travail social (horaire décalé), organisée par l'Université Libre de Bruxelles, l'Institut Européen Interuniversitaire de l'Action Sociale et le Centre Universitaire de Charleroi. Lieu: locaux de l'IEIAS à Marcinelle.

Réunion d'information: le mardi 12 septembre 1995 à 18h30.

Début des cours: samedi 16 septembre 1995.

Inscriptions: du 1er août au 28 octobre 1995.

Renseignements au secrétariat de la licence, IEIAS, Carine Lorent, rue du Débarcadère 179, 6001 Marcinelle, tél. 071/44.72.66.

Régime

Bruxelles - Liège

**16 et 23 septembre 1995**

Le mouvement d'éducation permanente Famille et Culture organise deux activités sur le thème des régimes amaigrissants.

\* Une conférence de consensus sur le thème «Pertinence de l'utilisation des médicaments dans l'amaigrissement» (le samedi 16 septembre 1995).

La culture de la santé véhiculée aujourd'hui par le pouvoir médical et les médias imposent un modèle minceur comme norme à atteindre.

Maigrir est devenu une recherche majeure de l'homme contemporain. Cette recherche suscite régulièrement l'apparition de nouveaux remèdes miracles.

Quels sont les enjeux thérapeutiques?

Qu'attendre des médicaments?

Quelle aide, pour quel patient?

Lieu de la conférence de consensus: Hôtel Président, boulevard Emile Jacquemais 180, 1210 Bruxelles.

Participation: 1500 francs à verser au compte n°870-0060058-78 pour le 8 septembre 1995 avec la mention «Conférence de consensus - nom». Le

prix comprend la participation, la documentation et le lunch. Le nombre de places est limité.

\* Un forum «Maigrir en santé» (le samedi 13 septembre 1995).

Comment faire la part des choses dans le marché des nouveaux régimes?

Quelles sont les pratiques des consommateurs?

L'obésité est-elle un problème de santé publique?

Lieu du forum: Université de Liège, Sart Tilman, Amphithéâtre de Chimie, parking 15 (navette depuis la gare des Guillemins).

Participation: 750 francs à verser au compte n°870-0060058-78 pour le 8 septembre 1995 avec la mention «Forum maigrir en santé - nom». Le prix comprend la participation, la documentation et le lunch.

Renseignements et inscriptions: Secrétariat de la conférence de consensus et du forum, FAC, place Saint-Jean 1/2, 1000 Bruxelles, tél. 02/515.04.01.

Alimentation

Thuin

**18 septembre au 17 octobre 1995**

La bibliothèque locale de Thuin accueillera l'exposition «Gourmanlivres» du Centre de Lecture publique de la Communauté française. Cette exposition sera le fruit d'une collaboration avec la Croix-Rouge, l'ONE, l'ICAN, Question-Santé, Cultures et Santé, et Education-Santé. Pour cette occasion, une campagne de sensibilisation ayant pour thème «l'alimentation et la santé» sera mise sur pied, s'adressant à toutes les écoles de l'entité et comprenant des animations par niveaux (conférences-débats, exposition de livres spécialisés,...).

Renseignements: Dominique Unger, Bibliothèque communale, Quartier du Beffroi 10-12, 6530 Thuin, tél. 071/59.50.29.

Animation - Santé de quartier

Liège

**20 septembre 1995**

Voici 10 ans que l'Equipe-Santé de la Ligue des Familles a lancé des formations d'animateurs-santé de quartier en

## Réflexion introductive sur le thème de cette journée et sur les formations en éducation pour la santé...

### Quelle(s) formation(s)?

Quand on parle de «formation» ou de «former en éducation pour la santé», on fait référence à plusieurs sortes d'activités, distinctes, mais qui se complètent sans aucun doute:

- d'abord, les formations, officielles et «classiques», proposées aux professionnels et praticiens, dont la licence, en Belgique, et les certificats de formation complémentaire en éducation pour la santé et éducation du patient du RESO-UCL, la licence de l'ULg et la formation de 3e cycle de l'ULB;
- ensuite le travail d'auto-formation, par la recherche, la réflexion et la publication, et je voudrais rappeler ici le rôle formateur de revues telles que «Education Santé» et le «Bulletin d'Education du Patient», et de services de documentation, tel que le RESOdoc et les services partenaires de DOCTES;
- enfin, les actes de formation, «officiels» et intégrés dans les projets d'éducation pour la santé et de promotion de la santé, que posent les éducateurs pour la santé quand ils animent, coordonnent et organisent de tels projets.

Lorsque nous parlerons aujourd'hui de formation, je vous propose de garder à l'esprit cette triple activité, complémentaire. Peut-être faudrait-il y ajouter le travail d'éducation pour la santé avec la population?

Lorsque l'équipe scientifique du RESO a choisi comme thème de cette journée «le rôle de formateur de l'éducateur pour la santé», c'était pour deux raisons principales:

- d'abord, ouvrir un débat sur ce rôle, à la fois permanent et peu reconnu comme tel;
- ensuite, remettre cette rencontre annuelle dans nos préoccupations actuelles, celle de la réforme de la licence après dix ans d'existence, publier les résultats de l'évaluation de la licence (à laquelle beaucoup d'entre vous ont participé), et vous présenter quelques idées en éducation pour la santé et éducation du patient.

En faisant ce choix de thème, nous pensions prendre un risque, celui de ne pas

intéresser beaucoup d'éducateurs pour la santé. Votre présence nombreuse, vous êtes plus de 150, nous détrompe et nous rassure. Elle est déjà un signe clair de votre intérêt pour cette question, et de l'intérêt de cette rencontre.

### La formation, une place importante

Dans le travail de tout éducateur pour la santé et éducateur du patient, la formation occupe une place importante, bien que parfois peu visible.

A un premier niveau d'abord: ses fonctions de concertation, de promotion, d'accompagnement et d'éducation amènent l'éducateur pour la santé à former... ou aider à se former, d'autres intervenants, enseignants, soignants, collègues, acteurs politiques, groupes relais... et autres citoyens.

A un deuxième niveau ensuite: l'éducateur a lui-même besoin de se former, pour mieux analyser et comprendre les réalités des personnes et des contextes concernés, susciter la participation, organiser et réaliser des projets, être ou devenir ressource auprès de la communauté.

Comment articuler ces dimensions, formative et formatrice?

Comment l'éducateur pour la santé peut-il construire et assurer une cohérence de l'action par la formation, tant celle qui est reçue que celle qu'il peut dispenser?

Comment intégrer dans l'action des moments de formation qui respectent et favorisent la diversité des approches et méthodes de l'éducation pour la santé?

C'est à ces 3 questions que nous vous proposons de chercher des éléments de réponse... à travers une quinzaine d'expériences et de recherches, qui seront présentées tout à l'heure, et à travers les discussions et questions que vous êtes invités à apporter...

Pour l'instant, je vous propose de voir comment une formation structurée, telle la licence en éducation pour la santé de l'UCL, a abordé ces questions... et com-

ment elles ont évolué, de 1984 à aujourd'hui.

### Les 10 ans de la licence

Créée un an après l'Unité RESO, la licence en éducation pour la santé a aujourd'hui 10 ans.

A ce jour, près de 110 licenciés en éducation pour la santé exercent, dont 80 en Europe (65 environ en Belgique).

Pendant ces 10 années, bien des choses ont changé en éducation pour la santé:

- les pratiques et les concepts ont évolué;
- l'éducation pour la santé s'est ouverte à l'idée plus large de promotion de la santé;
- une approche participative et communautaire s'est développée, prenant de plus en plus de place par rapport à la vision prescriptive et normative, experte...;
- la prévention des risques et des maladies s'est complétée d'une vision plus prospective, incluse dans le concept de promotion de la santé. On ne fait plus seulement de l'éducation contre les risques, mais pour la santé;
- la multicausalité de la santé, de la maladie et des comportements de santé s'est affirmée, et est de plus en plus prise en compte dans les actions et les projets;
- et, de ce fait, la nécessité d'agir de manière interdisciplinaire et intersectorielle s'est renforcée!

Par ailleurs, dans les pratiques, pendant que le travail sur le terrain avec la population continue et s'intensifie, le travail des relais s'est développé, et le rôle de conception, de planification, de recherche et de formation, s'est étendu. Un domaine, un champ propre à l'éducation pour la santé et à la promotion de la santé s'est construit, à partir d'une intégration des différentes disciplines de base: médecine et santé publique, pédagogie et sciences de l'éducation, communication, sociologie et psychosociologie, etc...

Nous parvenons à un domaine où le tout est supérieur à la somme des parties, et où l'éducation pour la santé et la promotion de la santé sont autre chose que la

juxtaposition des activités propres à chacune des disciplines de base.

Dans ce contexte, notre rôle et notre activité d'éducateurs pour la santé a aussi changé:

- nous construisons et intégrons des méthodes et outils propres à notre travail;
- nous avons assisté et participons à l'organisation institutionnelle et politique de notre secteur d'activité (avec toutefois les risques d'une centralisation outrancière qui apparaissent);
- nous avons vu se développer une véritable profession qui a plusieurs spécificités, dont celle d'intégrer des apports d'autres domaines.

### La licence évaluée

C'est dans ce contexte qu'une question s'est posée:

«La formation en éducation pour la santé de l'UCL est-elle socialement et professionnellement pertinente?» et corollairement: «comment l'adapter et l'améliorer?»

Un projet d'évaluation de la licence a été mis en place (V. GODIN, 1993). Un questionnaire (à réponses essentiellement ouvertes) a été adressé:

- au staff du RESO, enseignant et porteur du programme;
- aux enseignants de la licence en éducation pour la santé;
- aux licenciés et aux étudiants du moment.

Tous les enseignants et la moitié des 80 licenciés et des 60 étudiants ont répondu dans les délais prévus.

Sur l'adéquation professionnelle de la formation: 77 % des licenciés travaillent dans le champ éducation pour la santé/promotion de la santé:

Parmi eux:

- 50 % travaillent dans la planification de programmes,
- 50 % dans l'information des publics et patients,
- 37 % dans la formation des personnels de santé,
- 22 % dans la coordination de projets et
- 22 % dans la recherche et/ou l'évaluation.

Pour 60 %, les nouvelles perspectives professionnelles apparues sont liées à l'obtention de la licence, et 30 % occupent des fonctions de cadre.

Parmi ceux qui occupent une fonction de formateur/enseignant, 60 % ont obtenu de nouvelles charges, liées à l'éducation pour la santé.

Enfin, pour ceux qui ont une activité professionnelle privée, le changement observé est essentiellement qualitatif.

Dans le contexte de l'évolution des activités des éducateurs pour la santé et à côté de la satisfaction générale manifestée, des lacunes de formation ont été mises en évidence par 70 % des licenciés:

1. Démarche globale de planification:
  - difficulté d'intégrer les données du terrain;
  - difficulté d'appréhender la faisabilité des projets.
2. Gestion de projets:
  - besoin de meilleures compétences en négociation et stratégie institutionnelles.
3. Démarches et techniques de communication insuffisamment développées dans la formation (un seul cours dédié).
4. Activités et compétences de recherche insuffisantes.
5. Aspects médico-légaux, épidémiologiques, etc... de l'éducation pour la santé trop peu abordés.

Par ailleurs, alors que 82 % des enseignants trouvent qu'ils favorisent l'intégration théorie/expérience dans leurs enseignements, 76 % des licenciés partagent cet avis mais 23 % ne le partagent pas.

Enfin, si 40 % des licenciés soulignent la difficulté de suivre le programme en même temps que des activités professionnelles de plus d'un mi-temps, 85 % s'estiment satisfaits de l'intégration de leurs besoins individuels de formation dans le programme.

Mais ils trouvent que le manque d'expérience en éducation pour la santé de certains enseignants a été une limite à la qualité de l'enseignement (sur ce point, de 45 % d'enseignants sans expérience en éducation pour la santé en 1989, on est arrivé à 25 % en 1994, ce chiffre se maintenant).

L'ensemble des informations recueillies et des conclusions de l'évaluation ont ensuite été traitées par un groupe de travail, composé d'enseignants et d'étudiants, dans une visée prospective, c'est-à-dire anticipant sur l'évolution probable de l'éducation pour la santé et

des besoins de formation pour les prochaines années.

### De nouvelles orientations

Les nouvelles orientations dégagées et proposées sont, dans la perspective de «former des cadres et praticiens capables d'interroger et adapter leurs pratiques»:

1. de mieux inscrire la formation en éducation pour la santé dans une vision de promotion de la santé;
2. d'accentuer la formation à la formation;
3. de renforcer l'interdisciplinarité et l'intégration des différentes parties de la formation, dans l'identité professionnelle de l'éducateur pour la santé;
4. d'aller au-delà de la juxtaposition des théories et modèles, vers un travail, en formation, sur la relativité des paradigmes de chacune des disciplines enseignées, de la santé à l'éducation;
5. de développer simultanément dans la licence un savoir sur:
  - l'approche bio-médicale et holistique
  - la prévention et la promotion
  - les paradigmes qualitatifs et quantitatifs, etc...;
6. de renforcer, grâce à l'existence de spécialistes de disciplines spécifiques licenciés en éducation pour la santé, l'articulation des différents enseignements, et la prise de conscience des pratiques de formation sur les pratiques d'éducation pour la santé;
7. de compléter les formations par un certificat de formation complémentaire en éducation du patient.

Enfin, avec le rattachement récent de l'Unité RESO à l'Ecole de Santé Publique, la constitution d'une équipe scientifique composée de licenciés en éducation pour la santé, le développement des travaux de recherche (7 thèses de doctorat en préparation) visent l'amélioration de la qualité de l'encadrement pédagogique et de l'aide méthodologique nécessaires en dehors du cadre des enseignements, pour la réalisation des projets professionnels de recherche ou d'intervention, dans leur dimension formative.

Ce travail de réforme et de restructuration, bien que partiellement abordé ici,

d'une réflexion plus large sur la professionnalisation des métiers de la formation.

*Former en éducation pour la santé, Actes du Colloque de Rennes, les 26-27 janvier 1989, Ecole Nationale de la Santé Publique, Ed. ENSP, Rennes, 1992, pp. 151 p.*

L'éducation pour la santé est aujourd'hui en grande mutation. Le temps d'une approche «primaire» qui consistait à transmettre «magistralement» un message de santé, semble définitivement révolu. Les champs de l'éducation pour la santé sont complexes et multidimensionnels. Ils impliquent des approches faisant appel à la sociologie, la psychologie, l'anthropologie, les sciences de l'éducation.... Ce colloque a permis d'établir les fondements d'un vrai débat sur le sujet. Les actes de ce colloque sont la preuve tangible de la vitalité et des larges perspectives de l'éducation à la santé en France.

*GRANT M. et HODGSON R., Comment faire face aux problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme dans la communauté? Manuel de l'agent de soins de santé primaires avec des instructions pour les formateurs, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1992, 117 p.*

Le livre décrit comment les membres de l'équipe de soins santé primaires peu-

vent agir plus efficacement dans leur communauté pour traiter les problèmes de drogue et d'alcool et donne des indications simples sur la manière d'évaluer et de prendre en charge les problèmes de toxicomanie aux niveaux individuel, familial et communautaire. Il explique en outre comment organiser de façon optimale les services de soins de santé primaires en les complétant par d'autres activités communautaires dont celles qui impliquent les services de justice et de police. Enfin on y trouvera des conseils pour évaluer les programmes de lutte contre l'abus de drogues, d'alcool et utiliser le manuel dans le cadre de programmes de formation des agents de santé.

*SCHOONBROODT C. et COPPE M., Guide pratique d'éducation pour la santé: réflexion expérimentation et 50 fiches à l'usage des formateurs, Ed. De Boeck-Université, Coll. "Pédagogies en développement: pratiques méthodologiques", Bruxelles, 1992, 296 p.*

Investir en amont, dans la formation initiale et continue des maîtres est la voie normale, la voie royale pour promouvoir la santé en milieu scolaire. Face aux controverses récurrentes à propos de l'école et de la fonction d'enseignant, le «fichier d'activités», intégrant les récents développements de l'éducation pour la santé, propose des réponses concrètes. Les instituteurs formés dans cet esprit

seront à même d'exercer, en partenariat, leur responsabilité d'éducateurs en santé. Voici un guide pratique et théorique destiné aux formateurs d'enseignants et d'éducateurs. L'ouvrage est conçu comme un outil professionnel du formateur. Il propose, sur une réflexion de fond, des moyens cohérents et structurés, offrant néanmoins une souplesse d'utilisation: toute une gamme d'expérience possibles pour les pédagogues et les didacticiens.

*STRALIVEN Ch., Construire une formation: définition des objectifs pédagogiques et exercices d'application, Ed. De Boeck-Université, Coll. "Pédagogies en développement: nouvelles pratiques de formation", Bruxelles, 1992, 151 p.*

L'intérêt de cet ouvrage est d'attirer l'attention du lecteur sur la nécessité de déterminer les objectifs pédagogiques assignés et sur leurs modalités de détermination. Il décrit ainsi les premières étapes de la démarche mise en oeuvre lors de la construction d'un curriculum. L'auteur veut mettre à la disposition des futurs formateurs et des formateurs en exercice un outil pratique et fonctionnel. Dans cette perspective, le développement des notions théoriques donne lieu à des exercices d'application accompagnés de leur corrigé.

Maria-Antonia Bertrand-Baschwitz, RESOdoc - UCL ■

occupations des professionnels de l'éducation et celles des professionnels de la santé? Quelles sont les conditions qui permettent un véritable partenariat entre les enseignants, les parents, les élèves, les médecins et les infirmières scolaires? L'école peut-elle sortir de ses murs et travailler en concertation avec le quartier dans lequel elle est implantée?

Ce sont les questions auxquelles ce guide tente de répondre: en apportant un cadre théorique à la réflexion; en rappelant les besoins physiologiques et psychologiques des enfants et des adolescents; en analysant l'évolution des textes réglementaires; en donnant des conseils méthodologiques; en relatant des actions d'éducation pour la santé menées en maternelle, en primaire et en secondaire.

Son objectif est d'être un outil de travail, facile d'utilisation, au service des acteurs de l'éducation pour la santé à l'école.

SANDRIN B., *L'éducation pour la santé en milieu scolaire*, in *Santé scolaire*, n°9, décembre 1991, pp. 18-24.

van BALLEKOM K., DECCACHE A. et RENARD C., *What patients have to say ... communication au "Congrès Patient education 2000, 1-4 juin 1994"*, Genève, 1994, 8 p.

Quand on parle de maladie chronique, la nécessité d'une bonne communication est un des critères essentiels pour le patient, plus important que la durée de la relation ou que l'impact de la maladie.

L'Unité d'éducation pour la santé de l'UCL et le Centre d'Éducation du Patient à Yvoir ont récemment terminé deux recherches dans lesquelles la communication entre patients et médecins était évaluée par questionnaire.

Dans le projet interhospitalier sur les maladies chroniques en Belgique (concernant environ 500 patients et médecins), l'adéquation et la communication étaient les sujets centraux.

Dans le projet européen "Communiquer la santé" sur le sida (306 patients et 126 médecins, dans 6 pays), la communication entre médecins, personnes séropositives et patients atteints du sida fut investiguée en se basant sur leurs

expériences, leurs points de vue et leurs désirs. L'analyse et la comparaison des résultats de ces questionnaires donnent une information valable qui peut permettre d'améliorer la communication soignant-soigné.

Dans les deux projets, les résultats de la recherche étaient utilisés pour développer la formation à la communication pour les médecins et les autres professionnels des soins de santé.

### Autres ouvrages relatifs à la formation

ALLOUCHE BENAYOUN J. et PARIAR M., *La fonction formateur: analyse identitaire d'un groupe professionnel*, Ed. Privat, Coll. "Formation/Travail social", Toulouse, 1993, 231 p.

La formation permanente a connu depuis ces 20 dernières années, un développement sans précédent. Erigée en système, elle intervient dans des sphères multiples et relève d'enjeux politiques, économiques et sociaux importants. Dans ce contexte, quels sont la place, le rôle et la fonction occupée par le formateur? Pour répondre à cette question, les auteurs proposent une véritable radiographie du métier de formateur. Ils mettent en évidence une démarche commune à l'ensemble des métiers de la formation, à travers l'affirmation progressive des rôles professionnels. Ainsi se trouve établie une identité professionnelle spécifique qui concerne autant les formateurs en activité que ceux en cours d'étude. Cet ouvrage rassemble les données pédagogiques et méthodologiques qui permettent aux responsables d'actions de formation d'élaborer leurs pratiques. Les acteurs administratifs et politiques, les formateurs de formateurs y puiseront les éléments théoriques nécessaires à la définition de leurs projets.

DE LANDSHEERE V., *L'éducation et la formation: science et pratique*, Ed. Presses Universitaires de France, PUF, Coll. "Premier cycle", Paris, 1992, 734 p.

Cet ouvrage tente de cerner l'ensemble de la problématique de l'éducation et de la formation. Essentiellement pratique par nature et indéterminée par son objet (l'éduqué ou le formé qui, par sa liberté, est aussi sujet, au même titre que l'édu-

cateur ou le formateur), l'éducation se distingue ainsi des autres sciences de l'homme.

L'ouvrage comprend six parties imbriquées: les fondements (philosophie, politique et psychologie de l'éducation); la pratique structurée par la théorie générale du curriculum (fins et intentions, évaluation des besoins, définition des objectifs, contenus, méthodes d'enseignement ou de formation, formation des enseignants, instruments et technologie de l'éducation, organisation, structure du système scolaire, construction scolaire, évaluation); l'éducation des groupes particuliers (enfants à risques, handicapés, surdoués, adultes, troisième âge, éducation permanente); les problèmes spéciaux (éducation familiale, alphabétisation, éducation non formelle, autodidaxie, enseignement à distance, éducation multiculturelle, rythmes scolaires); la recherche en éducation; la recherche sur l'éducation (histoire de l'éducation, éducation comparée, ethnologie de l'éducation, sociologie de l'éducation, planification, économie de l'éducation, administration).

DONNAY J. et CHARLIER E., *Comprendre des situations de formation: formation de formateurs à l'analyse*, Ed. De Boeck Université, Coll. "Pédagogies en développement: nouvelles pratiques de formation", Bruxelles, 1990, 188 p.

Ce livre s'adresse au formateur désireux de mieux appréhender son vécu professionnel (en milieu scolaire ou en entreprise) afin de rendre sa pratique plus efficace. Dans ce sens cet ouvrage contribue à l'autoformation du lecteur. Par ailleurs, le formateur pourra intégrer dans ses stratégies de formation de groupes certaines techniques présentées ici. Ainsi, comprendre des situations de formation rencontre un double défi: mieux comprendre sa propre action de formateur et mieux percevoir les fondements de ses décisions; que négliger, que retenir dans sa pratique pédagogique? En effet, bien analyser les situations d'enseignement est un atout majeur; homme ou femme de terrain, apte au changement, il doit disposer d'une grande faculté d'adaptation. Dans le cadre d'une approche constructiviste et non prescriptive, les auteurs proposent une technique de formation des formateurs à l'adaptabilité accompagnée

constitue une illustration de la recherche de cohérence entre les fonctions d'acteur et de formateur, des éducateurs pour la santé.

Tout au long de cette journée seront présentées d'autres situations et ap-

proches de concrétisation du rôle d'interface que doit remplir l'éducateur pour la santé.

Alain Deccache et le comité d'organisation, Unité d'éducation pour la santé, U.C.L. - RESO. ■

## Allocution d'ouverture

L'éducation pour la santé plonge ses racines dans le siècle passé. C'est presque de l'histoire ancienne... Cependant, durant ces 15 dernières années, elle a connu un développement impressionnant en Communauté française.

Le 8 novembre 1988, un arrêté a, pour la première fois, structuré le secteur de l'éducation pour la santé en assurant une plus grande rigueur et une continuité des initiatives développées. L'agrément de services aux éducateurs et la création de la Cellule Permanente Education pour la Santé ont permis de sélectionner des programmes de recherche et d'actions de qualité et de les coordonner. Cette structuration a également permis de remédier au statut précaire des travailleurs du secteur et d'inscrire leur action dans la durée. Le législateur a ainsi privilégié les compétences acquises dans le domaine et la spécificité des démarches ayant fait leurs preuves. Ce système a tiré parti des ressources humaines et institutionnelles disponibles en éducation pour la santé.

A l'heure actuelle, après un temps de fonctionnement, nous sommes en mesure de faire une évaluation du travail réalisé et de tirer des conclusions. Quelles en sont les voies?

Nous sommes passés d'activités sanitaires intuitives à une orientation de développement des comportements, de renforcement des personnes et des groupes. Vous avez largement démontré l'année dernière la pertinence de cette nouvelle approche, qui par un accompagnement des individus et des collectivités, veut augmenter les aptitudes de ceux-ci à gérer leur devenir en matière de santé. De nouveaux concepts se développent: les éducateurs pour la santé deviennent des spécialistes, des interve-

nants, des formateurs, des acteurs sociaux, des acteurs-relais idéaux, des agents de changement... Les rôles, les pratiques et les compétences se diversifient dans une variété de champs d'action en constante évolution.

Toutefois, en dépit de la compétence et de l'énergie des professionnels de la santé, nous devons être convaincus d'une nécessité d'améliorer le système:

- nous pouvons par exemple mieux faire connaître au public et aux éducateurs certaines structures proches du terrain telles les Commissions locales de coordination qui ont pour mission de soutenir et de coordonner les initiatives locales d'éducation pour la santé;
- il importerait aussi de privilégier la cohérence de la répartition des budgets disponibles;
- et surtout, ne conviendrait-il pas de mettre en place une véritable coordination entre les différents intervenants en matière de prévention?

Les événements politiques nous ont pris de vitesse dans la concrétisation d'un projet de décret ayant pour objectif la mise en place d'une politique coordonnée de promotion de la santé en Communauté française. Les axes principaux de cette réforme sont la décentralisation, le partenariat, la coordination, la planification, la globalisation et la formation.

C'est cette formation de qualité qui est bien l'objet qui nous réunit aujourd'hui. Face à ces nouvelles perspectives, devenir éducateur pour la santé nécessite une formation solide. On ne s'improvise plus éducateur pour la santé!

D'autre part, la formation des éducateurs pour la santé, placée au centre de la relation entre la santé et l'éducation en tenant compte de l'évolution des

### Référence:

GODIN V. (avec la collaboration de T. BERTRAND, A. DECCACHE, X. LEROY, C. SCHOONBROODT, M. THIELEN), *Évaluation de la Licence en éducation pour la santé, année académique 1992-1993*, 41 p.

modes de vies dans notre société, ne peut que contribuer à l'éclosion d'une véritable «culture de la santé».

Voici posée la question de la professionnalisation de la fonction d'éducateur pour la santé. Un danger existe...

Celui de l'excès, celui du décalage entre un savoir empirique, populaire et un savoir professionnel!

Voici posée la question de l'éthique, celle des modes de vie et des valeurs qui peuvent véhiculer les actions de promotion de la santé. L'éducation pour la santé est encore trop souvent fondée sur une appréciation manichéenne de la société. Ce type d'approche instaure l'individu comme seul responsable de ses comportements et de sa santé. Comme si tout était une question d'équilibre et de choix. Comme si la bonne santé n'était qu'une question de caractère, comme si la maladie était la punition d'un manquement, conséquence d'une faute individuelle.

Valoriser la vie et la préserver n'est ni simple ni naturel. Qu'il y ait dans cette salle des professionnels, des représentants de la vie associative, des décideurs, des chercheurs, cela nous indique combien il y a une volonté d'en débattre et de répondre collectivement aux questions qui se posent. N'y a-t-il pas là de quoi se réjouir?

Je m'arrêterai ici... puisque la substance du débat, c'est vous tous qui la fabriquerez durant les colloques et bien entendu dans les suites qui seront données à cette journée que je vous souhaite bénéfique.

Merci à tous.

Chantal Leva, Cabinet de la Ministre-Présidente Laurette Onkelinx, licenciée en éducation pour la santé. ■

6ème journée scientifique d'éducation pour la santé du RESO-UCL: «L'éducateur pour la santé: acteur et formateur». Cette journée était placée sous le haut patronage de Madame Laurette Onkelinx, Ministre-Présidente du Gouvernement de la Communauté française de Belgique chargée de la promotion de la santé, et de Madame Nicole Schepens, Professeur, Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université Catholique de Louvain. Elle a été réalisée avec le soutien de la Communauté française de Belgique et la participation de la Générale de Banque.

## ■ Formation permanente des enseignants en éducation pour la santé

### 1. Introduction

La nouvelle Loi Générale d'Organisation du Système Educatif espagnol, approuvée en 1990, impliquait l'intégration de l'éducation pour la santé dans les nouveaux programmes éducatifs de l'enseignement maternel, primaire et secondaire. Dès lors, l'éducation pour la santé devient un thème transversal au sein des différents domaines de l'enseignement sous la responsabilité partagée de toute l'équipe d'enseignants.

Par cette intégration, on a voulu répondre à la demande formulée depuis les années '80, autant de la part des groupes de renouveau pédagogique, et surtout, de la part des professionnels du système sanitaire qui réclamaient la présence formelle de l'éducation pour la santé à l'école.

Cette demande était le résultat d'une réalité dont voici les caractéristiques:

- L'éducation pour la santé et la promotion de la santé étaient absentes des systèmes éducatifs précédents. Dans le meilleur des cas, des activités ponctuelles de type purement informatif, étaient développées dans les écoles; ou bien, des enseignants plus «concernés» intégraient dans leur programme certains aspects relatifs à la santé (généralement ceux du domaine des sciences naturelles).

• L'éducation pour la santé était considérée comme une compétence des professionnels du secteur sanitaire et dès lors, elle ne faisait pas partie de la formation initiale de nos enseignants.

• Etant donné que l'éducation pour la santé était considérée comme un domaine extérieur au secteur éducatif, elle faisait l'objet de polémique dans beaucoup de cas. Par manque d'information et de sensibilisation des principaux agents chargés de son développement dans le secteur éducatif, elle était considérée comme une surcharge de travail qui s'ajoutait à leur travail quotidien.

• L'absence, dans notre société, d'une science et d'une culture de la santé; les sciences appelées «sciences de la santé» ne se sont jamais occupées que des maladies...

La présence formelle de l'éducation pour la santé dans les nouveaux programmes éducatifs est aussi la conséquence des transformations vécues, à différents niveaux, par la société espagnole pendant la décennie des années '80. En très peu d'années, il y a eu une nouvelle Constitution qui a engendré non seulement une nouvelle structure d'Etat espagnol, mais aussi un nouveau cadre législatif dans tous les domaines.

La Loi générale du Système Sanitaire et la Loi d'Organisation du Système Educatif furent probablement les deux plus engagées et celles qui ont eu la plus grande influence sur le thème qui nous concerne.

La Loi générale du Système sanitaire de 1984 mettait l'accent sur les Soins de Santé Primaires dans le développement d'une politique sanitaire centrée sur la promotion de la santé et sur la prévention, ainsi que sur la création d'équipes de travail interdisciplinaires. Les médecins n'étaient plus les seuls acteurs du système de santé.

La loi de l'Education, de 1990, pariait sur un système éducatif plus participatif, centré sur l'éducation globale des personnes, le travail en équipe et la participation de la famille et de la communauté dans la vie scolaire. Les enseignants devaient abandonner le modèle

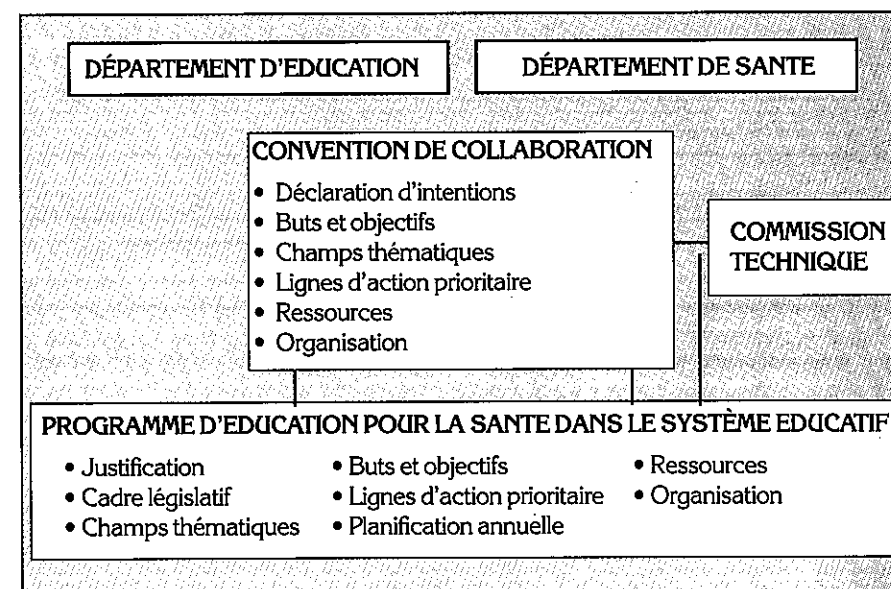
éducatif traditionnel (de type: «transmission de connaissances») au profit d'un enseignement à caractère coopératif.

En 1991, à la fin de mes études de Licence en éducation pour la santé, je suis retournée à mon travail d'enseignante et très vite, j'ai été appelée au Ministère d'Education et Science pour participer au travail sur le programme d'éducation pour la santé qui venait de se créer.

Pendant deux ans au Ministère national et actuellement au Ministère d'Education d'Andalousie, mon travail a consisté en: planifier des programmes d'éducation pour la santé, établir des accords interdépartementaux, réaliser le suivi et l'évaluation des projets de centres éducatifs et surtout planifier, développer, évaluer et appuyer les activités d'éducation permanente des enseignants, étant donné que cette éducation permanente est la première priorité de l'administration de l'Education.

### 2. Cadre organisationnel de l'éducation pour la santé

Voici deux schémas représentant l'organisation du Programme d'éducation pour la santé.



### Références d'intervenants à la Journée scientifique du RESO

BASTIN A., HANS J., LAPERCHE J., MIERMANS M.C., *Guide d'éducation pour la santé à l'école à l'usage des enseignants du maternel et du primaire, Croix Rouge de Belgique, Province du Luxembourg, Arlon, 1992, 25 p.*

Présenté sous forme de volets détachables, ce guide se veut être avant tout un outil de travail «guidant» l'enseignant dans sa recherche. Le but principal de ce guide est de permettre à l'enseignant de percevoir certains aspects de la santé des élèves et de suggérer des idées d'«activités santé» directement liées aux besoins des enfants et des enseignants. Il est composé de quatre thèmes: l'hygiène, l'environnement, le sommeil et l'alimentation.

Carolo cardio santé: promotion de la santé, in *Santé et communauté*, n 24, 1994, pp. 8-9

Programme de 5 ans visant à diminuer les facteurs de risque cardiovasculaire dans la population de Charleroi.

Carolo Cardio Santé a fait l'objet d'une présentation détaillée dans *Education Santé*, n° 94, janvier-février 1995, pp. 6 à 10.

DECCACHE A., LAVENDHOMME E., *Information et éducation du patient: des fondements aux méthodes*, Ed. De Boeck-Université, Coll. "Savoirs & santé", Bruxelles, 1989, 235 p.

Sans offrir un état exhaustif de la question, cette monographie constitue, dans ses premières parties, un survol des enjeux, des composants, des multiples facettes, des thèmes et des sujets de prédilection de l'éducation du patient, et dresse une synthèse des «principes actifs», des conseils issus de la recherche, pour une pratique plus cohérente et plus efficace.

La seconde partie aborde les méthodes de l'éducation sanitaire de la personne malade et propose un modèle méthodologique de construction de projets, dans une perspective de formation des soignants.

DECCACHE A., *La compliance des patients aux traitements des maladies chroniques: approche éducative globale*, Thèse de doctorat UCL, Louvain-en-Woluwe, 1994, 404 p.

(Cf. Résumé in *Education Santé*, n°89, juillet-août 1994, p.11).

DELVILLE J., COLLIGNON J.L., MERCIER M., *Education pour la santé et handicap mental: analyse de l'image du corps et de son fonctionnement*, 11ème Congrès International Francophone, Lille, 4-6 avril 1991, in *L'intervention dans la déficience mentale: théories et pratiques*, GRUBAR J.C., IONESCU S., MAGEROTTE G., SALBREUX R., *Conseil scientifique de l'Université Charles-de-Gaulle, Association Internationale de Recherche scientifique en faveur des personnes handicapées mentales*, Ed. Presses Universitaires de Lille, Coll. "Travaux et Recherches", Lille III, 1992, pp.141-156.

Selon les auteurs, l'intervention éducative dans le domaine de la santé chez l'adulte souffrant d'un handicap mental léger ou modéré est un champ d'action et de recherche assez peu exploré à ce jour. Depuis quelques années, dans leur département, ils se sont attachés à mettre au point des méthodologies en éducation pour la santé destinées spécifiquement aux personnes handicapées mentales. Il s'est très vite avéré nécessaire d'établir, au point de départ, une évaluation des connaissances, des représentations et du vécu des personnes handicapées concernant leur corps et leur santé.

d'IVERNOIS J.-F. et GAGNAYRE R., *Apprendre à éduquer le patient: approche pédagogique*, Ed. Vigot, Coll. "Education du patient", Paris, 1995, 177 p.

L'éducation du patient représente aujourd'hui une pratique indissociable de la thérapeutique. Mais cette éducation est difficile parce qu'il s'agit d'une véritable formation devant aboutir à un transfert de compétences du soignant vers le soigné et que le patient est un apprenant particulier. Pour ces raisons, l'éducation du patient nécessite une pédagogie spécifique. Ce livre analyse les principes théoriques sur lesquels se fonde l'éducation du patient. Mais surtout, il présente une approche et un ensemble de méthodes pédagogiques qui en font un guide méthodologique indispensable

à tous les professionnels de santé qui souhaitent développer et structurer l'éducation du patient.

MERCIER M., DELVILLE J. et COLLIGNON J.L., *Handicap et santé*, in *Education Santé*, n°88, juin 1994, pp. 3-6.

Le département de Psychologie des Facultés Universitaires Notre Dame de la Paix à Namur investit depuis de nombreuses années dans la problématique de l'éducation pour la santé des personnes handicapées. Différentes actions (formations, outils, programmes, documentation,...) ont été orientées vers le public des personnes handicapées mentales. De nombreux travaux concernant l'utilisation des outils informatiques pour les personnes handicapées en tant que moyens de réadaptation ou d'éducation ont également été réalisés.

ROUCLoux A., *Namur: entrez sans fumer. Programme du réseau «Villes sans Tabac» de l'Union Européenne, Echevinnat des Affaires Sociales de Namur, Institut Provincial d'Hygiène sociale de Namur*, Ed. UPPES, Namur, in *Education Santé*, n°95, mars 1995.

"Namur: entrez sans fumer" un slogan ambitieux qui ouvre la porte à toutes les espérances. Namur a signé en 1991 la Charte Convention-santé des Villes sans tabac, avec Empoli, Besançon dans un premier temps, Tolède, Ninove et Royan par la suite. Le rôle est de favoriser le travail de terrain des associations de prévention du tabagisme, en les coordonnant et en étant leur partenaire à Namur. De cette manière, on essaie de développer des synergies locales, promouvoir les actions santé et être générateur d'autres Villes sans tabac en Belgique.

SANDRIN B., LESTAGE A., BAUDIER F. et MONNOT A., *1, 2, 3... santé. Education pour la santé en milieu scolaire: guide pédagogique à l'usage des professionnels*, Ed. CFES, Coll. "La santé en action", Vanves, octobre 1994, 218 p.

L'institution scolaire peut-elle promouvoir la santé des jeunes qu'elle accueille? Les missions qui lui sont confiées dans ce domaine ont-elles évolué dans les dernières décennies? Comment faciliter la rencontre entre les pré-

niveaux individuel et collectif. Après cette double démarche préparatoire, l'auteur se penche de façon approfondie sur l'évolution des soins infirmiers. L'histoire et les particularités de fonctionnement de l'enseignement infirmier. En seconde partie, il était nécessaire de compléter cette analyse plus théorique par un travail empirique permettant de mieux cerner la situation concrète vécue par les étudiantes infirmières dans les deux organisations où elles effectuent leur apprentissage: l'école et l'hôpital. Une conclusion d'ensemble dégage les perspectives pour l'éducation à la santé dans l'enseignement infirmier.

DELNESTE A.C., *Analyse des besoins de formation de bénévoles dans le cadre d'une structure d'accueil de jour pour personnes âgées, mémoire de licence UCL-RESO, Louvain-en-Woluwe, 1992, 159 p.*

La question initiale est la suivante: faut-il prévoir une formation de bénévoles?

Si oui laquelle?

Dans ce contexte particulier, l'auteur se fixe un double objectif:

- étudier les facteurs qui influencent les comportements des bénévoles face aux personnes âgées fréquentant un centre de jour;
- formuler les besoins de formation de ces bénévoles.

Quelles composantes des facteurs prédisposant et renforçant des comportements des bénévoles peut-on évaluer?

Une enquête a été menée qui a permis d'analyser chez les bénévoles les caractéristiques suivantes: caractéristiques socioculturelles, les croyances, les valeurs, les aptitudes, les capacités, les attitudes.

DUMONT J., *L'éducation du patient à l'hôpital Erasme: propositions de structures, mémoire UCL-RESO, Louvain-en-Woluwe, 1990, 200 p.*

L'objectif de ce mémoire est de dégager, au terme d'une analyse de situation, la meilleure forme de structure qui permettrait un développement optimal de l'éducation du patient à l'Hôpital Erasme. Après une revue de la littérature centrée sur l'éducation du patient en général, mais surtout sur les structures existant en Belgique et à l'étranger ainsi

que sur les organes qui les composent, des questions-problèmes spécifiques à chaque acteur de l'éducation du patient à l'Hôpital Erasme ont été formulées. Les trois acteurs étant les patients, les soignants et l'institution.

GERMANES G., *Promotion de la santé globale de l'enfant. Les parents: premières personnes ressources; l'éducation pour la santé: propositions pour une approche centrée sur la participation et le respect du développement de la responsabilité de l'autonomie de la liberté des acteurs en jeu, mémoire de licence UCL-RESO, Louvain-en-Woluwe, 1994, 152 p.*

(Voir article de cet auteur)

GOMEZ RISUEÑO M.A., *L'éducation pour la santé en milieu scolaire et la formation continue des instituteurs en Espagne, mémoire UCL-RESO, Louvain-en-Woluwe, 1991, 115 p.*

(Voir article de cet auteur)

LORIAUX M.T., *Vers un développement mutuel de l'autonomie soignant-client: recherche-action pour un accroissement du degré d'autonomie des étudiants infirmier(e)s en situation d'apprentissage (stage de maternité), mémoire de licence UCL-RESO, Louvain-en-Woluwe, 1992, 191 p.*

La recherche que décrit ce mémoire concerne l'identification des moyens capables d'augmenter le niveau d'autonomie des étudiants infirmiers à la faveur de leur stage; cette autonomie est en effet considérée comme garante du respect de celle des clients dans une relation éducative. L'intervention à la faveur de laquelle la recherche est effectuée, consiste en l'organisation, pendant le stage de maternité, de séminaires où les stagiaires peuvent exprimer leur vécu et d'éventuels malaises; l'objectif est de les amener à y trouver eux-mêmes une solution par un dialogue avec leurs pairs et l'enseignant. La conclusion évalue l'adéquation entre notre démarche de recherche et les réponses aux questions-problèmes, l'enrichissement que cette intervention a apporté à notre pratique journalière et les perspectives qu'elle ouvre quant à l'évolution de l'enseignement infirmier.

MEREMANS P., *Essai de prévention du sida chez les adolescents du secondaire*

*supérieur par la diffusion d'un moyen-métrage vidéo et son animation par des enseignants préalablement formés, mémoire de licence UCL-RESO, Louvain-en-Woluwe, 1990, 102 p.*

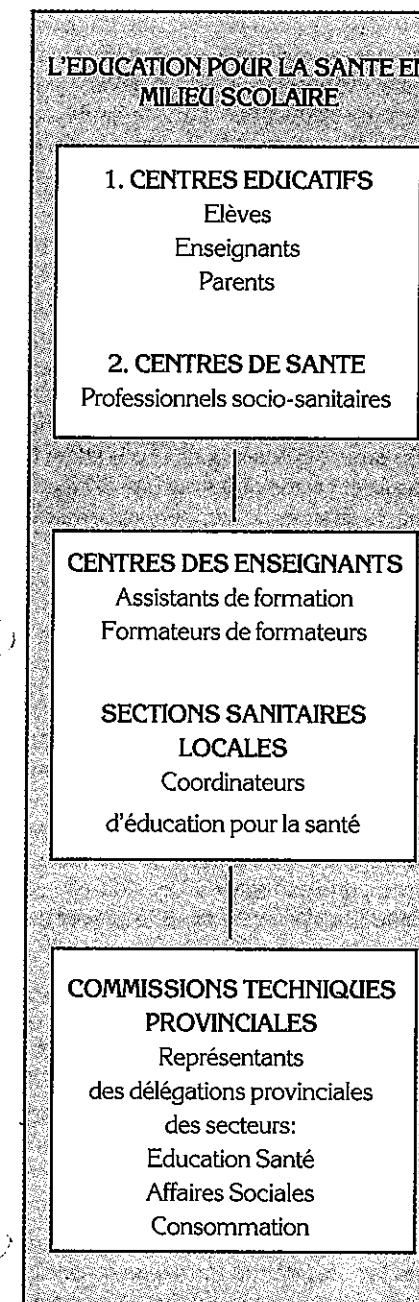
Ce travail est constitué de deux parties. La première consiste en une approche théorique des concepts susceptibles d'intervenir dans le processus d'une telle prévention; la seconde est une tentative d'évaluation d'impact sur la population-cible d'un document vidéo de prévention et d'une animation par des enseignants formés par 4 émissions théoriques sur des thèmes en rapport avec la question du sida chez les jeunes.

PIRON F., *Accoucher et après...? Etude exploratoire des besoins d'accompagnement de parents primipares lors du retour à la maison., mémoire de licence UCL-RESO, Louvain-en-Woluwe, janvier 1995, 170 p.*

(Voir l'article de cet auteur)

RENARD C., *La famille comme partenaire ou comment enrichir un projet d'éducation du patient, mémoire de licence UCL-RESO, Louvain-en-Woluwe, septembre 1992, 164 p.*

L'hospitalisation des enfants entraîne un certain nombre de perturbations chez l'enfant qui sont autant d'obstacles à la mise en place et à la prise en charge du traitement. Partant de l'hypothèse qu'associer la famille dans tout le processus de l'hospitalisation favorise une meilleure prise en charge de ce traitement, l'auteur tente de dégager les enjeux d'une approche systémique de l'éducation du patient avant de proposer un modèle visant à susciter un réel changement de comportement. Cette nouvelle approche implique une nouvelle définition de la place de l'intervenant en éducation du patient. Elle implique également une créativité nécessaire de la part de celui-ci dans la mise en place d'outils spécifiques aux situations rencontrées. Deux exemples sont analysés dans ce travail: la simulation comme approche de la réalité et les entretiens institutionnels en tant que supports du changement. Pour conclure, un tableau comparatif met en évidence les différences de conception entre cette nouvelle approche et l'approche classique.



### 3. Formation permanente

La formation permanente -comprise en tant que processus continu d'actualisation qui intègre les ressources et améliore les savoirs-faire des enseignants- nous la considérons spécialement nécessaire et prioritaire dans le domaine de l'éducation pour la santé, puisque, en tant que thème nouveau dans les programmes, elle doit donner aux enseignants les éléments théorico-pratiques de base et les outils nécessaires à leur développement adéquat.

### Objectifs de la formation en éducation pour la santé

La formation permanente en éducation pour la santé prétend:

- sensibiliser à l'importance de l'éducation pour la santé dans le milieu scolaire et sur le rôle de l'enseignant dans son développement, en tant que partie intégrante de l'éducation globale;
- augmenter le niveau des connaissances sur la santé et ses différents aspects (sociaux, affectifs, mentaux, biologiques et moraux);
- améliorer la compréhension des rapports qui existent entre la santé et les autres éléments du programme scolaire;
- faciliter la reconnaissance de l'importance de l'éducation pour la santé dans le développement des attitudes personnelles et sociales;
- démontrer comment les questions de santé peuvent s'intégrer dans les différents projets du centre;
- montrer l'importance des approches diverses et informelles de ces thèmes et la nécessité de rendre ces approches compatibles avec le plan global;
- aider à reconnaître le rôle et l'importance des autres agents d'éducation pour la santé (professionnels du secteur socio-sanitaire) et stimuler le travail conjoint et coordonné.

### Modalités

La formation qui se développe actuellement est basée sur le modèle présenté dans le Plan Général de Formation permanente des enseignants, en incluant comme priorité dans les plans annuels de formation les modalités suivantes:

- formation selon les besoins généraux;
- formation centrée sur l'école;
- auto-perfectionnement.

Dans le cadre de la convention de coopération pour le développement de l'éducation pour la santé - adoptée par les Départements de l'Éducation, de la Santé et des Affaires sociales -, les activités suivantes sont développées:

- formation des membres des commissions techniques provinciales, au moyen des activités de formation comme journées d'étude, séminaires, etc.;
- formation permanente des assistants techniques des Centres des enseignants

et des responsables de l'éducation pour la santé des Sections sanitaires locales, par la réalisation de séminaires, cours monographiques et rencontres inter-sectorielles;

- information et sensibilisation des professionnels impliqués, au moyen des activités adressées aux enseignants et aux professionnels socio-sanitaires;
- formation des enseignants et des professionnels socio-sanitaires impliqués dans le développement de l'éducation pour la santé dans les projets du centre;

Ces activités de formation sont réalisées et coordonnées par le Programme d'éducation pour la santé et par les centres des enseignants, sous différentes formes:

- journées
- séminaires
- cours de 30 à 50 heures
- groupes de travail dans les centres éducatifs, etc.

Actuellement nous réalisons la planification des activités de formation permanente pour l'année académique prochaine. Il est prévu de développer un «itinéraire de formation de l'éducation pour la santé».

Lorsque les compétences nécessaires ont été définies pour le développement de l'éducation pour la santé dans le système éducatif, nous avons établi le parcours de formation de l'éducateur pour la Santé. Il débute par des activités de sensibilisation aux enseignants et aux professionnels socio-sanitaires et finit par des activités de formation dans le milieu universitaire, sous forme de Maîtrise. Ce projet est en voie d'approbation.

### Ressources

#### Ressources matérielles

Lors du démarrage du programme, nous comptons sur des ressources matérielles spécifiques. Chaque province recevait une subvention économique propre pour le développement des activités d'éducation permanente, en fonction de la demande faite pour les activités et du nombre de participants à la formation. Cette stratégie s'est avérée inefficace, car dans la communauté éducative et surtout dans les centres d'enseignants, on programait les activités en fonction des ressources spéci-

fiques reçues ou à recevoir et non pas en fonction des besoins ou des demandes de formation réels.

La diminution des ressources, consécutive à la crise économique, a touché directement les fonds spécifiques alloués aux programmes d'éducation pour la santé, ce qui a entraîné la «normalisation» des activités de formation. Actuellement, les activités de formation sont intégrées dans la planification des Centres d'enseignants et répondent réellement aux besoins et à la demande exprimés. Toutes les activités d'éducation pour la santé sont intégrées dans les budgets ordinaires de chaque Centre d'enseignants et sont approuvées par le Conseil de direction.

Dans le suivi réalisé pendant cette année académique, nous avons constaté que tous les Centres d'enseignants d'Andalousie développent des activités de formation permanente d'éducation pour la santé et que la demande ne cesse d'augmenter.

#### Ressources humaines

Outre les coordinateurs provinciaux d'éducation pour la santé, chaque province a formé des équipes de personnes-ressource, chargées de la formation permanente des enseignants. Dans la plupart des cas, il s'agit de professeurs universitaires de disciplines différentes et de professionnels du secteur sanitaire. Petit à petit, nous introduisons comme formateurs, des enseignants qui ont la formation, et surtout l'expérience de l'éducation pour la santé en milieu scolaire.

#### 4. Evaluation générale

En conclusion, j'aimerais partager avec vous quelques réflexions autour de la situation actuelle de l'éducation pour la santé en Espagne.

Même si l'éducation pour la santé s'est considérablement développée dans notre pays dans le milieu scolaire non universitaire, surtout par sa présence dans les nouveaux programmes éducatifs, il est encore nécessaire de multiplier les efforts afin de permettre à nos écoles de devenir de vrais centres promoteurs de la santé. La réalité quotidienne des centres éducatifs nous montre que:

- l'impératif selon lequel les écoles doivent faire «quelque chose» par rapport aux différents thèmes et problèmes relatifs à la santé, ne se traduit pas toujours correctement, ni facilement dans une pratique pédagogique adéquate. Actuellement, on s'oriente vers une approche plus globale et positive, basée sur les styles de vie salutaires et sur les compétences personnelles et sociales des élèves;

- on observe aussi une tendance généralisée à percevoir l'éducation pour la santé à l'école selon des aspects sanitaires concrets: drogues et sida. Ces thèmes-ci ont retenu dernièrement l'attention, cachant souvent des aspects plus globaux, tels que des orientations vers l'acquisition de styles de vie salutaires, nécessaires à l'équilibre du programme scolaire et à sa crédibilité;

- il est préoccupant de voir que l'éducation pour la santé reste dépendante en grande partie, dans les programmes éducatifs, du bon vouloir ou de l'intérêt personnel, de la volonté, de la capacité ou de la motivation des enseignants;

- dans un pays où «tout» est en train de s'organiser et dans lequel les principes généraux d'organisation ne font partie d'aucune formation initiale, il est assez difficile d'établir une structure organisée cohérente. Le caractère interdisciplinaire de l'éducation pour la santé représente une difficulté supplémentaire, car il n'est pas facile de mettre d'accord les différentes parties sur tous les aspects relatifs à l'éducation pour la santé;

- l'absence d'une culture de la santé se manifeste quand il est difficile de convaincre de l'importance de développer une activité d'éducation pour la santé. Ce manque de culture de la santé est encore plus marqué lorsqu'on monte dans la hiérarchie... La tâche éducative concernant l'éducation pour la santé auprès des ministres, directeurs généraux, chefs de service, etc., pour lesquels j'ai travaillé et je travaille toujours, fait partie de mes tâches quotidiennes, avec, je dois dire, des résultats inégaux...

Du côté positif de la balance, nous pouvons inclure:

- les formations que nous avons réalisées représentent un élément de motivation important; l'impact de celles-ci

se traduit par une plus grande implication des enseignants et des professionnels socio-sanitaires dans le développement de l'éducation pour la santé au sein des projets des centres et dans l'augmentation de la demande de formation;

- les enseignants, qui au départ sont sceptiques vis-à-vis de leur rôle d'éducateurs pour la santé, sont devenus avec le temps les principaux animateurs des activités d'éducation pour la santé. En quatre ans, j'ai participé au développement, suivi et évaluation de plus de 500 projets d'éducation pour la santé à l'école et j'ai formé les équipes d'enseignants chargés de son développement. Seuls quelques-uns ont abandonné... Même ceux qui n'ont plus d'appui institutionnel continuent à développer l'éducation pour la santé dans leur classe, leur école ou leur communauté;

- si les professionnels du système socio-sanitaire étaient initialement ceux qui développaient l'éducation pour la santé à l'école, aujourd'hui ce sont les enseignants les principaux protagonistes qui travaillent avec eux, au même niveau, en tant que partenaires. Les Conseils de Santé Scolaire en Andalousie en sont un exemple.

Voici, en résumé, mon expérience dans le développement de l'éducation pour la santé en milieu scolaire. Je voudrais finir, en signalant qu'au cours de ces 4 ans j'ai eu l'opportunité de pratiquer l'enseignement que j'ai reçu ici. Je vous assure que c'était bien au-delà de mes attentes en 1991.

J'ai aussi eu l'occasion de m'apercevoir des lacunes de ma formation initiale... En tout cas, dans l'exercice de mon travail, j'ai eu d'excellents formateurs: les enseignants et les professionnels socio-sanitaires qui m'ont accompagnée dans la tâche de faire en sorte que la promotion de la santé et l'éducation pour la santé soit une réalité dans les écoles de la communauté dont je fais partie.

**Maria Amalia Gomez Risueño**, Licenciée en éducation pour la santé, Directrice du programme d'éducation pour la santé, Département d'Éducation, Gouvernement Régional d'Andalousie, Espagne. ■

## Bibliographie: formation et éducation pour la santé

Devant l'importance de la documentation existante en formation et éducation pour la santé, nous avons été obligés de faire une sélection. La priorité a été donnée d'une part aux travaux réalisés par les spécialistes qui ont participé activement à la Journée Scientifique du RESO, et d'autre part à l'un ou l'autre ouvrage de base ou présentant un intérêt particulier.

Par ailleurs, en consultant les bases de données documentaires (Bdd) disponibles au service de documentation RESODOC, vous trouverez:

- 140 notices bibliographiques, dans la Bdd DOCTES, concernant la formation et l'éducation pour la santé.

- 30 références de documents de l'OMS, dans la Bdd WHOLIS, concernant la formation ou l'éducation adressés principalement aux agents de santé, de santé communautaire ou de soins de santé primaires.

- 53 notices d'information, dans la Bdd QUI-SANTE, sur des services ou des équipes qui organisent ou ont dans leurs compétences la formation d'au moins un aspect de l'éducation pour la santé ou de l'éducation du patient.

- 42 définitions d'auteurs, dans la Bdd LEXIQUE, relatives aux termes formation ou éducation, éducation pour la santé, éducation du patient.

Ces bases de données sont actuellement en consultation à RESODOC, mais aussi par modem; pour les modalités d'accès, vous pouvez téléphoner au 02/764.56.44.

### Quelques mémoires RESO - UCL relatifs à la formation

*CAMPAGNA P., Exploration inférentielle du concept d'action en éducation pour la santé comme préalable à l'organisation d'un programme d'éducation pour la santé dans le cadre d'un service de médecine scolaire au Grand-Duché de Luxembourg, mémoire de licence UCL-RESO, Louvain-en-Woluwe, 1991, 189 p.*

Une revue des grands programmes d'éducation pour la santé et l'expérience

personnelle de l'auteur, lui font soupçonner que la réussite d'un programme d'éducation pour la santé dépend en grande partie de l'acceptation qu'il trouve auprès du grand public, ce dernier pouvant plus ou moins s'y identifier ou s'en distancier. Ces réactions sont mieux prévisibles si on réussit à mettre en évidence les attentes, opinions et attitudes des différents acteurs sur le terrain, face à une action en éducation pour la santé. La réussite d'un programme dépendra du degré de convergence de ces attentes, opinions et attitudes. Une trop grande divergence laissera trop d'insatisfaits et contribuera à un lent processus d'immunisation contre tout programme d'éducation pour la santé. Une enquête qualitative a été utilisée pour faire ressortir ces divergences dans le cadre d'une école au Grand-Duché de Luxembourg.

*CHERBONNIER A., Evaluation du programme de formation à la prévention du sida organisé par le CEDIF, mémoire de licence UCL-RESO, Louvain-en-Woluwe, 1993, 290 p.*

Le CEDIF organise et coordonne la formation des «relais sociaux» dans le domaine de la prévention primaire. Depuis 1988, un programme de formation décentralisé est proposé à l'ensemble des professionnels concernés. La présente recherche porte sur l'évaluation de ce programme. La première partie du mémoire étudie les quatre concepts principaux de la recherche: la prévention du sida, l'éducation sexuelle et affective, la formation d'adultes, l'évaluation de programme. Y sont notamment analysées les relations étroites, mais non dépourvues d'ambiguïté, que la prévention du sida et l'éducation sexuelle entretiennent avec l'éducation pour la santé. En outre, l'expérience acquise en éducation sexuelle met en exergue les limites et les contradictions du projet éducatif dès lors qu'il est question du comportement sexuel. Les spécificités de la formation d'adultes font l'objet du troisième chapitre, qui propose également, pour la formation à la prévention du sida, des publics-cibles, des objectifs et des méthodes. Enfin, l'étude du concept d'évaluation de programme permet de

définir les principes et les lignes directrices pour la recherche. La seconde partie du mémoire débute par l'analyse du contexte institutionnel.

*CLAES A.F., Vers une relation soignant-soigné harmonieuse: analyse des besoins du soignant en vue d'améliorer la relation soignant-soigné par le biais d'une formation éventuelle dans un centre de réadaptation, mémoire de licence UCL-RESO, Louvain-en-Woluwe, 1992, 218 p.*

En réadaptation, la relation qui s'établit entre soignant-soigné revêt inévitablement un caractère éducatif puisque le travail se réalise avec la participation du patient en vue de lever les obstacles qui sont pour lui générateurs d'un handicap. Mais, bien avant de concevoir le contenu, la structure, la méthode et les moyens du programme éducatif, vient la relation qui s'établit entre le soignant et le soigné. Celle-ci constitue les prémices de l'activité éducative. La recherche présentée dans ce travail a pour objectif d'analyser les besoins du soignant dans les rapports qu'il a avec le soigné, en vue d'améliorer la relation soignant-soigné par le biais d'une éventuelle formation. Cette recherche est présentée en deux parties, l'une théorique, l'autre pratique.

*CLAIX SIMONS C., L'éducation pour la santé: les enjeux pour l'enseignement infirmier, mémoire de licence UCL-RESO, Louvain-en-Woluwe, 1993, 161 p.*

Quelles sont les forces qui permettent ou empêchent l'intégration de l'éducation pour la santé dans l'enseignement infirmier? Le sujet choisi étant relativement nouveau, l'auteur a voulu présenter une démarche exploratoire large. Pour aborder les problématiques liées à l'éducation pour la santé, l'auteur a envisagé le cadre vaste de l'organisation. Dans un premier chapitre, on décrit les caractéristiques de base de la structure des organisations définies par Mintzberg.

Dans un deuxième chapitre, on essaie de donner des notions aussi précises qu'actuelles de la prévention et de l'éducation pour la santé et de dégager les effets importants de ces interventions aux



mée. Elle établit les diagnostics nécessaires, aide la communauté éducative (y compris les élèves et les parents) à définir les objectifs d'actions à réaliser, soutient les projets et en assure la valorisation et l'évaluation.

### Echanges d'expériences avec les autres villes sans tabac et perspectives

Des échanges réguliers sont organisés avec les autres villes sans tabac. Ils sont l'occasion de bénéficier des expériences de chacun, de comparer les travaux déjà réalisés, et de mettre en place des collaborations et des synergies. Ils apportent aussi au projet sa dimension européenne et contribuent à améliorer la qualité des actions entreprises.

Les colloques, congrès et séminaires sont les lieux privilégiés de ces rencontres.

Outre les aspects scientifiques, des échanges culturels et linguistiques, des rencontres sportives (tournois de football), entre jeunes des différentes Villes sans tabac, contribuent à favoriser la cohésion entre les villes.

Il existe quatre réseaux européens de lutte contre le tabagisme: les villes sans tabac, les jeunes et le tabac, les médecins généralistes et le tabac, et les hôpitaux sans tabac.

La ville est le lieu où tous ces réseaux peuvent voir le jour et se développer. Dans le programme de Namur, une attention particulière a été apportée afin de permettre la naissance et l'évolution de chaque réseau.

Le réseau jeune, de par les formations développées, est déjà bien installé.

Le réseau des médecins généralistes a bénéficié d'une formation à l'aide au sevrage tabagique qui n'a pas encore abouti à la mise en place de projets.

Par contre, dans le réseau hôpitaux sans tabac, une dynamique menée par l'Oeuvre Belge du Cancer a contribué au développement de projets pour les hôpitaux namurois. Cela se concrétise par l'interdiction de fumer dans un des hôpitaux de Namur, une gestion du tabagisme pour les autres et la réalisation d'un projet commun de sensibilisation du personnel et du public dans le cadre de la journée mondiale sans tabac de 1995.

Un autre réseau s'est développé à Namur, celui des restaurants sans tabac. Il consiste à associer l'art et la culture avec l'art de la table en invitant le consommateur à s'abstenir de fumer pendant le repas.

### Conclusion

Le Réseau européen des Villes sans tabac est une alternative non négligeable pour la prévention du tabagisme, surtout lorsque l'on analyse les conclusions de la dernière enquête organisée par le CRIOC et la SOBEMAP. Celle-ci indique une interruption de la tendance à la baisse du nombre de fumeurs en Belgique, entre 1982 et 1993, le pourcentage de personnes fumant quotidiennement a diminué de 40 à 25%, pour remonter en 1994 à 26%.

Une Ville sans tabac, par les limites mêmes de la ville et par des actions concrètes de petite envergure mais répétées à maintes reprises au niveau des écoles, des hôpitaux, des restaurants, des manifestations publiques permet d'agir efficacement sur la prévention du tabagisme localement.

Il reste indispensable qu'une législation et une volonté politique soient définies et appliquées vis-à-vis du lobbying des cigarettiers et des multinationales, du marketing, de la publicité, des médias et des intérêts financiers occasionnés par le tabac.

Le projet «Namur, Entrez sans fumer» associe la population, les professionnels de la santé et les décideurs politiques. Il favorise une stratégie de concertation au niveau local et vise le mieux-être collectif et l'état de santé des personnes par la diminution du tabagisme en respectant une logique de promotion de la santé.

Ses priorités pour l'avenir seront d'augmenter les espaces sans tabac avec une réglementation respectée dans 60% des établissements de restauration, de développer des formations pour les animateurs en contact avec des jeunes, entre autres de milieux précarisés et de favoriser des synergies et des actions dans les hôpitaux.

La gestion du tabagisme sur le lieu de travail et le développement d'une politique de promotion de la santé en milieu scolaire contribueront à diminuer le nombre de fumeurs et à retarder l'âge de la première cigarette.

La formation des acteurs de terrain et la sensibilisation de la population et des décideurs politiques sont les atouts nécessaires pour mener à bien ces objectifs.

Actuellement, nous constatons un vif intérêt de la part de chefs de personnel, de responsables de service dans les hôpitaux, de directeurs d'écoles et d'enseignants, pour les formations et l'encadrement que nous pouvons leur apporter pour mener à bien des actions de prévention et de gestion du tabagisme dans leur institution.

Faire connaître nos résultats, réaliser du matériel pour la prévention, collaborer à des processus de formation et de réflexion sur l'action intersectorielle, et promouvoir de nouvelles villes sans tabac dans notre pays seront nos objectifs pour la suite du projet.

**Axel Roucloux**, licencié et agrégé en éducation pour la santé, responsable des projets de promotion de la santé pour l'Institut Provincial d'Hygiène Sociale de Namur. ■

## La formation des enseignants: nécessité d'une analyse du cadre théorique et éthique préalable à une démarche d'éducation pour la santé

Notre réflexion est issue d'une expérience d'une dizaine d'années d'enseignement auprès d'élèves du secondaire supérieur en section «professionnelle» (cours de français, d'histoire, d'étude du milieu), suivie d'un travail de recherche au sein de diverses structures universitaires dans le domaine de l'éducation affective et sexuelle, et particulièrement du sida.

Nous tenterons de montrer ici en quoi l'éducation affective et sexuelle des jeunes scolarisés continue de se construire sur une association d'emblée entre l'adolescence et un risque de contracter une maladie, une tare, une déviance. Cette construction est-elle justifiée? Faut-il instituer des stratégies d'intervention pour ce public, dans une perspective de prévention en termes de comportements de santé? C'est tout le cadre théorique et éthique de ce type d'interventions dans l'école que nous souhaitons interroger aujourd'hui.

En Belgique, depuis le début de l'épidémie, le public des adolescents -et particulièrement des adolescents scolarisés du secondaire supérieur- a fait l'objet de nombreuses et diverses actions de prévention du sida, souvent spécifiques à cette catégorie d'âge et au cadre scolaire. Le développement de ces actions s'est essentiellement inauguré au cours des années 87-88.

En 1988, M. Hubert avait observé qu'au début de la prise de conscience politique de l'épidémie de sida en Belgique, une part très importante des subsides alloués à la lutte contre le fléau avait été canalisée vers les écoles (1). De façon implicite, la population des adolescents pouvait dès lors apparaître comme un groupe à risques, au même titre -toujours dans les premiers temps de l'épidémie- que les homosexuels masculins, les toxicomanes ou les prostituées. L'hypothèse de l'auteur pour expliquer cette disproportion entre la part des subsides allouée et le nombre infime d'adolescents contaminés avait trait à l'existence et aux caractéristiques du

milieu scolaire lui-même: puisque l'école, par nature, s'avérait une structure propre à la diffusion de savoirs, les attributaires de budgets, peut-être pressés par l'urgence, auraient tout naturellement dirigé les moyens et les actions vers le public «captif» des adolescents scolarisés.

Nous pensons qu'il existe un autre motif à cette association d'emblée entre l'adolescence, le risque présumé et l'intervention adulte. Notre hypothèse est que c'est la crise d'adolescence elle-même, dans son expérimentation affective et sexuelle, qui est vécue comme un risque par notre société.

Cette association adolescence/risque n'est en effet pas spécifique de la problématique du sida. L'analyse d'une cinquantaine d'ouvrages éducatifs diffusés dans l'école à propos de l'affectivité et/ou la sexualité depuis le début du siècle en Belgique et en France laisse au contraire apparaître une constante dans une telle association. Seules les pathologies et déviances présumées ont changé et avec elles les comportements incriminés: l'onanisme n'était-il pas, jusqu'aux années 40, considéré comme le responsable de tares physiologiques et psychologiques graves, arguments d'experts médicaux, psychologues et sanitaires à l'appui (2)?

On peut encore observer qu'une caractéristique commune de ces diverses «problématiques» est de disparaître dès lors qu'intervient une nouvelle thématique associable à l'expérience amoureuse des adolescents. On ne parle pratiquement plus, ou beaucoup moins, dans les intitulés et programmes scolaires, de ces «anciennes» problématiques.

Ainsi, dans de nombreuses écoles où une éducation affective et sexuelle était dispensée, la thématique du sida s'est rapidement développée jusqu'à occuper tout le champ de cette éducation. Fin 1992, une enquête fut organisée par le SGEC (Secrétariat Général de l'Ensei-

gnement Catholique) auprès de l'ensemble des établissements du Libre confessionnel en Communauté française de Belgique. Cette enquête par questionnaires avait pour objectif de dresser un répertoire des initiatives menées dans les écoles autour de l'éducation affective et sexuelle et/ou de la prévention du sida des élèves de ces établissements. L'une des conclusions les plus remarquables de l'enquête résidait dans l'embarras de nombreux enseignants à distinguer dans leurs objectifs et projets la part de l'éducation affective et sexuelle des jeunes de celle de la prévention spécifique du sida. D'un côté, on évoquait le contexte d'urgence supposée et le «battage» médiatique liés à l'épidémie du sida; de l'autre, c'était la nécessité d'un travail progressif, à long terme, qui était avancée.

Une autre enquête récente, à laquelle nous avons eu l'occasion de participer, sur la base d'un questionnaire adressé à plus de 600 enseignants de la ville de Namur (tous réseaux confondus), montre que, pour 78% des enseignants, les adolescents du secondaire courent davantage de risques de contracter le sida que les adultes au-delà de trente ans (3). Or, en Belgique, la proportion des adolescents dépistés séropositifs appartenant au groupe d'âge des 15-19 ans reste stable (1,8% environ de l'en-

(1) Hubert, M. *La production et la diffusion des problèmes sociaux dans l'espace public. Un point de vue constructiviste sur le SIDA. Dissertation doctorale en Sociologie. Université Catholique de Louvain, 1988.*

(2) Ainsi, dans un ouvrage largement diffusé, l'"Education sexuelle" de J. Marestan, en 1926, on trouve la définition suivante de l'adolescence: "Cette époque est celle de l'onanisme, qui développe le cerveau au détriment du cerveau et qui précipite dans la tombe tant de jeunes victimes." (Marestan, 1926).

(3) Sace, C., Brasseur, P., Meremans, Ph., *Perspectives de prévention du SIDA par les enseignants dans les écoles secondaires de la ville de Namur, Rapport de recherche, août 1994, 66 p.*

semble des personnes séropositives confirmées en Belgique)<sup>(4)</sup>. On ne peut parler d'explosion pour cette catégorie d'âge. Par ailleurs, diverses études menées auprès des adolescents (essentiellement en milieu scolaire) montrent que ces représentations des comportements sexuels des jeunes en termes de risques, de précocité sexuelle et de multiplicité des partenaires sont nettement sur-évaluées<sup>(5)</sup>.

En outre, les arguments médico-scientifiques invoqués pour confirmer la réalité du risque présumé apparaissent, avec le recul historique, fortement liés aux préoccupations morales ou sociales de ces différentes époques<sup>(6)</sup>. Jusqu'aux années soixante en effet, la valeur de référence implicite de l'éducation morale, affective puis sexuelle se fondait sur la procréation dans le mariage et des rôles sexuels bien définis.

D.W. Winnicott, dans son livre «Déprivation et délinquance» de 1962 a témoigné du basculement qui s'est opéré à cette époque autour du concept de vie affective et sexuelle des adolescents:

*«Tout le climat de l'adolescence a été modifié par trois grands changements dans la société:*

a. *Les maladies vénériennes ne sont plus un épouvantail (...) Maintenant on peut les traiter à la pénicilline et avec des antibiotiques;*

b. *Le développement des méthodes contraceptives a rendu l'adolescent libre d'explorer tout le domaine de la vie sexuelle sans souffrir cette effroyable angoisse qu'implique la conception accidentelle;*

c. *La bombe atomique produit des modifications peut-être plus profondes encore. Les adolescents peuvent partir dorénavant de l'idée qu'il n'y aura plus de guerre».*

Dans le contexte d'épidémie que nous connaissons, les concepts de liberté sexuelle et de droit au plaisir semblent demeurer les références incontournables de la sexualité humaine. Ce maintien des «acquis» de la libération sexuelle dans une perspective de prévention du sida peut mettre à jour de

nombreux paradoxes: comment se faire l'écho d'une liberté sexuelle dont on ne peut nier qu'elle induit des risques de contamination lorsque la prévention, pour des motifs divers, n'est pas totalement assurée? Cette liberté sexuelle constitue-t-elle d'ailleurs la priorité de l'expérience amoureuse adolescente?

Aux paradoxes de la prévention du sida, qui peuvent désorienter l'éducateur, s'ajoutent en effet les paradoxes rencontrés par les adolescents eux-mêmes face aux messages préventifs proposés et dont B. Larrose, dans un article toujours actuel, a synthétisé les principales interrogations (absence, dans ces discours, de prise en compte de la passion amoureuse, de la difficulté de rencontrer l'autre, de la volonté de fonder une famille, de se faire confiance dans un couple)<sup>(7)</sup>. L'observation de la situation française peut s'avérer très éclairante à ce sujet: outre l'échec relatif des campagnes françaises quant à une modification des comportements sexuels des jeunes, c'est le *type* même des messages de prévention, axés sur l'humour, le vocabulaire «jeune» et la banalisation du préservatif, qui est particulièrement mal perçu par eux. Quels sont les besoins réels et exprimés par les jeunes en la matière? Quelles stratégies attendent-ils face à la problématique du sida? Faut-il du reste poser la question en termes de stratégies? Ne peut-on également prendre en compte ici le concept de *valeurs*, celles des adolescents qui continuent de citer la confiance et le respect de l'autre comme des aspects essentiels de la relation amoureuse?

Il est une valeur au moins -la santé- qui s'est instituée comme l'une des références de notre système éducatif actuel. Dans certains énoncés de cours, l'éducation affective et sexuelle s'est même transformée en *santé* affective et sexuelle<sup>(8)</sup>. Mais qu'est-ce que la santé? Comment la définir et l'enseigner? Il peut sembler plus aisé, voire *naturel*, de l'évoquer par le biais de ses désordres, ses problèmes et les risques qui la menacent. Et la boucle est à nouveau bouclée. L'adolescence, appréhendée sous l'éclairage de la *santé*, induit donc un

discours fondé sur des *problèmes* de santé, sur une négativité, sur des risques.

Dans cette optique, on retrouve l'opposition du modèle global au modèle bio-médical, du général à l'individuel. L'individualité du malade, comme la singularité de l'adolescent désirant, risquent de s'effacer face à la généralité d'une pathologie ou d'un concept. C'est l'éducation pour la santé, dans ses fondements mêmes, qui se voit ainsi interpellée par la problématique du sida face aux adolescents. Ses choix, dans cette perspective, pourraient être déterminants pour son développement et son éthique futurs. Il en va de même pour l'école, au sein de laquelle toute éducation requiert une réflexion -et une formation- des responsables éducatifs quant au cadre théorique et aux enjeux éthiques de leurs *interventions* auprès des jeunes.

**Philippe Meremans**, Licencié en éducation pour la santé, Assistant (RESO - ICL) ■

(4) Et dont l'âge était connu au moment de la confirmation.

(5) Pourtant, dans son «Plan de lutte contre le sida pour l'année 93-94», l'Agence de Prévention du sida, évoquant le public des adolescents, indiquait: «Si donc l'incidence est *relativement faible* chez les adolescents (ce qui entraîne une difficulté à se représenter le risque), elle est *toutefois bien réelle*; elle est beaucoup plus importante dans la tranche d'âge immédiatement supérieure, avec laquelle les adolescents peuvent être en contact sexuel; elle a *probablement augmenté* depuis le début de l'épidémie» (nous soulignons).

(6) Les membres du Groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques affirmaient, en 1939, que: «L'enseignement de l'hygiène doit être une véritable éducation pour la santé. Tout enseignement d'hygiène individuelle et publique doit avoir une portée éducative, dans un esprit moral. Hygiène et moralité sont inséparables».

(7) Larrose, B. Sida, limites d'une prévention, Etudes, 1990; 372/1, pp. 43-52.

(8) Fin 1993, face à l'échec constaté des campagnes de prévention du sida menées en France auprès des adolescents, le Professeur L. Montagnier préconisait l'instauration d'un cours d'«Education sexuelle et sanitaire» dans les écoles.

## Namur Ville Sans Tabac

### Promotion de la santé et mobilisation des acteurs

#### Un autre regard sur la prévention du tabagisme, celui d'une ville sans tabac

Le programme de «Namur, Entrez sans fumer» s'inscrit dans le Réseau Européen des Villes sans tabac. A ce titre, il est tenu de répondre à plusieurs objectifs: réaliser des campagnes médiatiques, développer des actions éducatives auprès des jeunes, développer des programmes de prévention et de sevrage tabagique dans les milieux professionnels et pour la population.

La mise en place d'un groupe de coordination et de gestion du programme, lieu d'interface et de rencontre entre les décideurs politiques, les intervenants du terrain et la population, a permis de rassembler les différents acteurs dans une dynamique de promotion de la santé.

Cette démarche a favorisé l'approche globale de la prévention du tabagisme et la concertation intersectorielle. Apprendre à travailler ensemble, créer un lieu d'écoute et de dialogue, susciter les échanges d'expériences sont les aspects essentiels de ce groupe de travail.

La philosophie du programme est de mettre l'accent sur la santé (par l'invitation «Entrez sans fumer»), sur la beauté, la nature et la liberté représentée par le «papillon de la santé», et sur l'implication du citoyen, en l'incitant à devenir acteur de sa santé et à participer à l'assainissement de son cadre de vie.

Il ne s'agissait pas de développer un projet contre les fumeurs mais bien contre la fumée.

Chaque partenaire inscrit dans le programme s'engage à mener à Namur, dans le cadre de ses activités habituelles, des actions et initiatives en faveur de la prévention du tabagisme.

Cette approche multisectorielle permet de développer simultanément plusieurs actions, que ce soit au niveau de la prévention, du sevrage tabagique ou encore de la communication.

Il en est de même pour le public-cible. Les actions ne s'adressent pas à un pu-

blic-cible en particulier mais différentes actions menées en même temps ont pour objectif de toucher un large public.

### Sensibiliser la population

Pour développer l'identité locale du projet et susciter l'intérêt de la population, des événements annuels propres au projet furent créés: la journée «Santé», le concours «Papillon de la santé», des actions lors de la journée mondiale sans tabac...

Chaque événement a bénéficié d'une importante répercussion médiatique et d'une participation non négligeable de la population. Etre la ville de Belgique où le nombre de fumeurs est le plus bas, être les représentants belges d'un projet européen, autant d'arguments qui mobilisent les médias et les Namurois.

L'objectif des manifestations est d'offrir à la population des moments sans tabac et de détente, en favorisant les espaces piétonniers, en proposant des activités culturelles et de loisirs et en réalisant de nouvelles infrastructures sportives (exemple: une piste santé).

La campagne «Namur, Entrez sans fumer» est menée de manière à correspondre à l'image que le Namurois a de sa ville: «Une ville verte et conviviale». Elle renforce la politique plus large de la ville de Namur sur le plan de l'environnement, «Namur, Ville Fleurie», et du sport, «Sport et santé en famille».

L'évaluation de la notoriété du projet révèle que près de 46% des personnes interrogées connaissent la campagne. La majorité des répondants pense que celle-ci contribuera à un élargissement possible des espaces non-fumeurs, à une diminution du tabagisme et en tout cas, à un plus grand respect du non-fumeur.

Dans la même optique, qui est d'instaurer à Namur un climat propice à la non-consommation de tabac, une analyse de contexte a été réalisée auprès des restaurateurs. Les résultats nous montrent que seulement un restaurant sur trois respecte la législation en vigueur en ce qui concerne la prévention contre la fumée de tabac.

Par ailleurs, les restaurateurs sont favorables à la campagne «Namur, Entrez

sans fumer» qui donne une image dynamique à la ville de Namur et peut ainsi contribuer à un apport touristique important.

Pour éclairer le restaurateur dans sa volonté de contribuer au projet, une enquête auprès des clients de la restauration a pu mettre en évidence que 60% des personnes interrogées, fumeurs et non-fumeurs confondus, estiment qu'il y a insuffisance des aménagements «sans-tabac» dans les restaurants. En matière de tabagisme passif, un tiers des répondants respirent plus d'une heure par jour un air enfumé par le tabac, alors qu'il n'y a que 25% de fumeurs à Namur...

Ces résultats sont actuellement exploités et présentés aux professionnels du secteur HORECA dans l'intention de favoriser un dialogue et d'encadrer des actions de prévention dans les lieux de restauration.

### Formation de conseiller en promotion de la santé

Les différentes enquêtes menées dans le projet ont pu mettre en évidence que l'initiation tabagique était déjà bien installée dès l'âge de 11 ans avec une progression très importante à 15 et 16 ans. Ce qui au niveau de la prévention montre la nécessité d'une intervention précoce et de longue durée.

Afin de promouvoir un environnement sain et sans tabac dans les écoles, une formation de conseillers en promotion de la santé assurée et réalisée par l'Institut Provincial d'Hygiène Sociale de Namur fut mise en place. Son objectif était de susciter une approche globale de la santé en milieu scolaire par l'installation d'«écoles en santé et sans tabac».

Dans cette formation destinée aux enseignants de sixième primaire et au personnel des services de l'inspection médicale scolaire, l'accent a été particulièrement mis sur un «savoir-être» avec les jeunes, complété par des outils pédagogiques et des connaissances en matière de tabac.

La pertinence et l'efficacité des actions de promotion de la santé est au centre des préoccupations de la personne for-

groupement des travailleurs dans les grandes usines au 19e siècle, on assiste à un mouvement inverse: petites entreprises très spécialisées et travail à domicile grâce à la télématique.

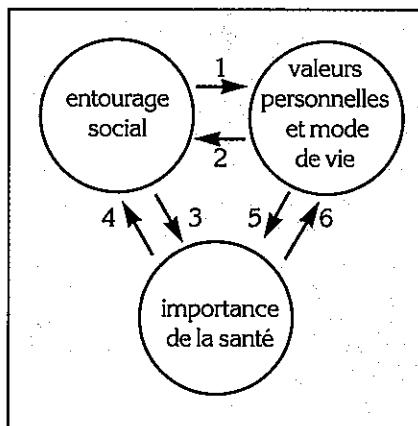
Une deuxième constatation plus alarmante: la détérioration de la situation économique et la présence d'une main d'oeuvre en surnombre, prête à vivre et à travailler dans n'importe quelles conditions sont deux facteurs qui risquent de réduire à un minimum l'intérêt pour la santé et le dialogue social à ce sujet.

Si au sein de notre société certaines structures de valeurs n'évoluent pas, l'Homme de demain sera tôt ou tard confronté à d'énormes frustrations.

Un scénario pour l'avenir pourrait être celui proposé par James Robertson et qui se résume dans le schéma ci-dessous.

### Vers quel avenir?

Les flèches indiquent les sens de l'influence. Les flèches avec un chiffre impair (1,3,5) indiquent la situation actuelle et les flèches avec un chiffre pair (2,4,6), la situation pouvant être atteinte par une politique de promotion de la santé conséquente.



Actuellement notre société détermine notre mode de vie et nos valeurs personnelles de même qu'elle détermine la valeur à accorder à la santé. Les valeurs personnelles déterminées par la société vont bien sûr dans le même sens pour fixer la place de la santé.

Une évolution positive de la santé devrait aboutir à la situation que les valeurs personnelles des individus modèlent la société suivant une priorité à la santé qui doit se refléter dans les valeurs person-

nelles et dans les structures et valeurs que la société va promouvoir.

Chaque individu doit devenir l'acteur de sa santé ce qui permettra de dépasser cette séparation artificielle: milieu de vie - milieu du travail.

La santé pourra ainsi devenir une valeur majeure et non devoir son existence au fait qu'elle "n'est que le pôle opposé à la maladie".

Si cela se produit, j'oserais dire, qu'au niveau de la santé, nous serons arrivés à la période post-médicale de notre évolution.

Pierre Campagna, Licencié en éducation pour la santé, Maître de Conférences Unité RESO-UCL, Ministère de la Santé, Luxembourg. ■

### Bibliographie:

- Asvall J.E. (1989). Eine neue Ära der Entwicklung des Gesundheitswesens, in Health Promotion in the Working Place ISBN 0-387-505586-3 Springer Verlag New-York, Berlin, Heidelberg.
- Bagnara S., Misiti R., Wintersberger H. (eds) (1985) Work and health in the 1980s. Experiences of direct workers' participation in occupational health. Wissenschaftszentrum, Berlin.
- Bezold C., Carlson R. (1984) The future of work and health. Washington Business Group on Health, Washington/DC.
- Brizziarelli L., Mori M., Trepiedi Q. (1977) La partecipazione dei tecnici della salute alla lotta dei lavoratori contro la nocività del lavoro, in applicazione dello statuto dei lavoratori: aspetti metodologici ed operativi. Public Health Journal 38:453.
- Dorion R. (ed) (1981) Adapting to a changing world: A reader on quality of life. Labor Canada, Ottawa.
- Fielding J.E. (1984) Health promotion and disease prevention at the worksite. Annual Review of Public Health 5:237-265.
- Fielding J.E., Breslow L. (1983) Health promotion programs sponsored by California employers. American Journal of Public Health 73:538-542.
- Frese M. (1984) Do workers want control at work or don't they? Some results on denial and adjustment. Technische Universität, Berlin (IfHA-Bericht).

- Hancock T. (1982) Beyond health care: Creating a healthy future. The Futurist 1:4-13.
- Ising H., Günther T., Handrock M., Michalak R., Schwarze J., Vormann J., Wüster G-A. (1981 a) Magnesium und Lärmwirkungen. Magnesium-Bulletin 3:155-164.
- Ising H., Nawroth H., Günther T. (1981 b) Accelerated aging of rats by mg-deficiency and noise-stress. Magnesium Bulletin 2:142-145.
- Kaplun A., Wenzel E. (1989) Health Promotion in the Working Place ISBN 0-387-50556-3 Springer Verlag New-York, Berlin, Heidelberg.
- Kickbusch I. (1981) Involvement in health: A social concept of health education. International Journal of Health Education (Suppl) 24:3-15.
- Milz H. (1985) Ganzheitliche Medizin. Neue Wege zur Gesundheit. Athenäum, Königstein.
- O'Donnell M.P. (1984) Welcom's guide to workplace health promotion. Welcom, Omaha.
- O'Donnell M.P., Ainsworth T. (eds) (1984) Health promotion in the workplace. Collected essays. Wiley, New York.
- Parkinson R.S. et al. (eds) (1982) Managing health promotion in the workplace. Guidelines form implementation and evaluation. Mayfield, Palo Alto/CA.
- Pelletier K.R. (1984) Healthy people in unhealthy places. Stress and fitness at work. Delacorte & Delta, New York.
- Robertson J., Pritchard A. (1981) The redistribution of work. Turning point. Spring Cottage, 9 New Road, Ironbridge, Shropshire TF8 7AU, England.
- Taylor H. (1986) Prevention in America: Steps people take - or fail to take - for better health. Harris, Chicago (Study, No 834011).
- Toffler A. (1980) The Third Wave. Collins, London.
- Weinstein M.S. (1985) Health promoting work. Canadian Journal of Public Health (Suppl) 1/76:52-55.
- Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa (1985) Einzelziele für "Gesundheit 2000". WHO-EURO, Kopenhagen.
- World Health Organization, Regional Office for Europe (1980) Health aspects of well-being in working places. Copenhagen (WHO-EURO, Euro Reports and Studies No 31).

## ■ Périnatalité: d'une étude des besoins à la formation des intervenants

Mon expérience professionnelle d'accoucheuse, ma formation en éducation pour la santé ainsi qu'une participation à une étude auprès de soignants en maternité avec le Centre d'Education du Patient m'ont permis de percevoir certains problèmes d'accompagnement des jeunes parents au cours de la période périnatale.

Dans le cadre de mon mémoire de fin de licence en éducation pour la santé dont le titre est «Accoucher et après...» (1), j'ai voulu tenter de mieux cerner et comprendre cette problématique et découvrir les besoins spécifiques des jeunes parents primipares lors du retour à domicile.

A partir de cette étude des besoins, j'ai pu dégager différentes perspectives de réflexions, de recherche, d'action et de formation. Ce sont les perspectives de formation que je développerai plus longuement en fin d'exposé.

### Des constats

Différents constats sont à l'origine de cette recherche. «Devenir parents» est une expérience unique dans la vie d'une femme, d'un couple, d'une famille. La naissance d'un enfant, par les changements qu'elle entraîne, par les responsabilités nouvelles qui s'imposent, par le cheminement vers l'inconnu est souvent source d'angoisses et de multiples questions. «Devenir parents» est une étape de la vie qui demande un temps de transition et de recherche d'un nouvel équilibre.

Depuis toujours, les sociétés tentent de soutenir les parents au cours de cette étape, de lutter contre les angoisses en les assistant lors de ce passage. Or, depuis plusieurs années, la société vit de grandes modifications qui remettent en question l'accompagnement des jeunes parents. Nous assistons en effet à une prise en charge de la période périnatale par les professionnels. Face à cette évo-

(1) «Accoucher et après...» étude qualitative exploratoire des besoins d'accompagnement de parents primipares lors du retour à la maison. Mémoire inédit, Faculté de médecine, Unité d'éducation pour la santé, U.C.L., 1995, 175 pages.

lution, il nous a semblé intéressant de connaître, de comprendre et d'analyser le vécu et les besoins des parents.

Par une première étude historique, j'ai pu mieux appréhender les changements intervenus dans la famille et dans le domaine obstétrical. Jusqu'au début de ce siècle, c'était essentiellement la famille et le monde des femmes qui prenaient en charge l'accompagnement des jeunes femmes en période périnatale. Mais sous l'influence de l'industrialisation ayant entraîné des processus d'individualisation et de nucléarisation des familles, nous pouvons remarquer l'évolution vers une professionnalisation de l'accompagnement des naissances.

Une étude du vécu des jeunes parents durant cette période périnatale m'a permis de mieux comprendre les bouleversements intervenant dans cette période particulière de la vie.

Une étude des structures des soins périnataux belges m'a permis de constater que l'accompagnement des parents est perçu comme morcelé, souvent incomplet et qu'il existe certaines incohérences dans les messages donnés. J'ai pu également y constater un manque de collaboration important entre les professionnels et les différents moments entourant la naissance.

Ces constatations m'ont amenée à me poser certaines questions relatives à l'accompagnement des naissances et

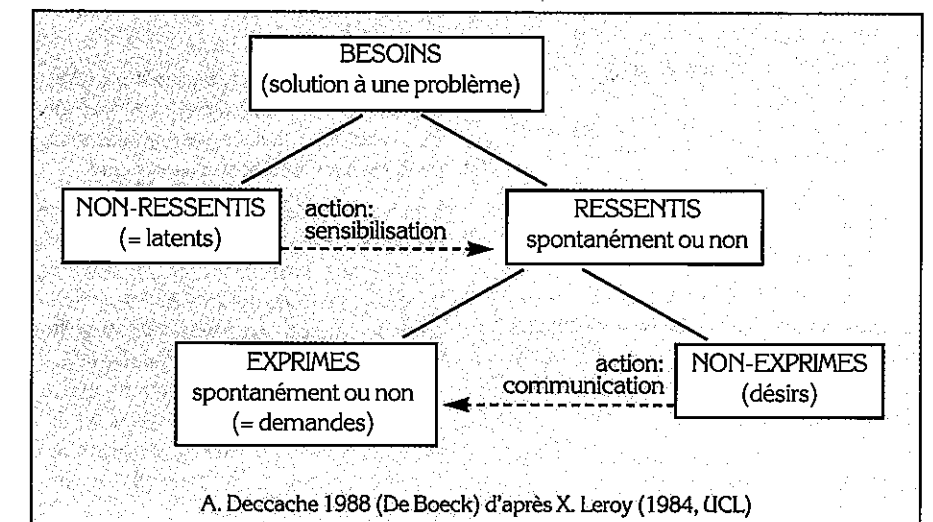
plus particulièrement lors du retour à la maison. Moment où les soignants jugent les parents autonomes. Moment où personnellement, je me demande si ces derniers n'auraient pas un besoin d'accompagnement spécifique pour leur permettre un accès progressif vers une meilleure autonomie.

### Quels besoins?

Pour tenter de répondre à cette question, j'ai choisi de réaliser une étude de cas. Mais avant d'aller plus loin, il me semble opportun d'inscrire cette recherche dans un cadre conceptuel d'éducation pour la santé que je définis de la façon suivante (après consultation de différentes définitions):

Eduquer pour la santé, c'est, compte tenu des compétences acquises et potentielles des individus, mettre en oeuvre avec leur participation active, des informations, formation et apprentissage afin que ces personnes soient aptes à appréhender la situation dans laquelle elles se trouvent, à discerner (savoir), à choisir et à adopter (savoir être, savoir faire, savoir devenir) par elles-mêmes, pour elles-mêmes et pour ceux dont elles sont responsables, les attitudes et comportements propres à améliorer leur santé et à mener une vie saine.

L'étude pratique de cas n'a pu être réalisée que dans une seule clinique suite à



A. Deccache 1988 (De Boeck) d'après X. Leroy (1984, UCL)

des raisons de contraintes de temps. Le choix de cette clinique a été guidé par différents critères, à savoir que c'est une clinique privée ayant peu de collaborations avec l'ONE (il faut savoir que quand l'ONE est présente, elle assure une certaine prise en charge de l'accompagnement du retour à la maison; quand la collaboration est quasi inexistante, l'ONE ne peut parfois assurer une prise en charge que 4 à 6 semaines après le retour à domicile). Un second critère est que la population fréquentant cette clinique est une population relativement diversifiée. Il faut donc donner à cette étude un caractère exploratoire comprenant plusieurs limites. Ainsi il serait intéressant d'étendre cette étude à d'autres maternités appartenant aux différents réseaux (privé et public) et à toutes les catégories de jeunes parents. Donc, je ne soulignerai jamais assez le caractère exploratoire de cette étude.

La recherche s'est opérée en deux étapes. Une première a permis une prise de contact durant le séjour à la maternité afin d'informer les parents de l'objet de ma recherche et d'avoir leurs coordonnées pour reprendre contact avec eux après leur retour à domicile. La deuxième étape se déroulait à domicile aux environs du dixième jour après le retour, suite à une prise de rendez-vous par contact téléphonique. Au cours d'un mois, 20 contacts ont pu avoir lieu à la maternité et 14 contacts ont été réalisés à domicile. Ces deux rencontres étaient basées sur deux guides d'entretien.

L'analyse du discours récolté a été faite selon 2 sortes de traitement de données: résumé de textes et analyse du contenu. Différents thèmes ont été mis en exergue:

- l'adaptation aux changements;
- les premiers choix éducatifs;
- le réseau de référence;
- la problématique de l'alimentation du nouveau-né;
- l'anticipation et la préparation du retour;
- la vie à la maternité.

Cette analyse visait la mise à jour de problèmes et la recherche de solutions à ces problèmes. Les différents besoins mis à jour ont été établis selon la grille établie par A. Deccache (1988, p. 69) (2)

Ainsi, j'ai perçu chez les jeunes parents des besoins latents, des désirs et des demandes:

- des besoins latents de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement à propos des capacités, des compétences et des besoins du nouveau-né, et à propos des différents modes et besoins alimentaires du nouveau-né;

- le désir d'être conseillé, informé et rassuré dans le vécu quotidien;

- la demande d'un congé de paternité (1 à 2 semaines) et la mise en place d'un téléphone vert.

Je voudrais spécifier que ces besoins ne sont pas les mêmes pour tous les parents et qu'ils dépendent essentiellement de leur réalité de vie. Ainsi l'accompagnement dont les parents ont besoin devrait toujours être évalué en fonction de leur histoire et de leur contexte de vie.

### Quelles perspectives?

Suite à cette mise en évidence des besoins, différentes perspectives d'avenir sont envisagées en termes de réflexions, de recherches et de formation.

En termes de réflexions et de recherches, cette démarche pourrait être prolongée par une étude auprès de professionnels de la naissance et tenter de comprendre leur représentation du retour à la maison. A propos de la demande de congé de paternité et de la mise en place d'un téléphone vert, il me semble opportun de réaliser une étude de pertinence et de faisabilité de ces deux propositions. Si la ligne de téléphone pouvait devenir une réalité, il serait important de prévoir une formation des répondants. L'idéal serait également d'étendre cette étude auprès d'un plus large public.

Mais cette journée envisageant principalement la formation, je me permettrais de développer plus longuement les perspectives liées à cette problématique.

Il me semble de circonstance de mettre en route différentes formations autant pour le personnel soignant que pour les parents. Ainsi, je suggère la mise en place de formations du personnel soignant (toutes disciplines confondues) à la prise en charge globale des jeunes parents et cela dans une perspective de travail pluridisciplinaire où la tâche de chacun serait définie et où chacun serait reconnu dans son rôle.

La formation à l'accompagnement de l'allaitement maternel me semble devoir être un axe prioritaire de la formation des soignants où d'ailleurs pourraient être incluses les notions de prise en charge globale et de pluridisciplinarité.

Cette formation envisagerait l'allaitement dans sa globalité, de la psychologie jusqu'à l'accompagnement en passant par la sensibilisation, l'information et l'apprentissage. Il m'est apparu qu'une telle formation pourrait donner un peu plus de chances de «réussite» à l'allaitement maternel.

Pour les parents, je suggère une formation au «devenir parents» afin de leur permettre d'augmenter leurs compétences en termes de savoir, savoir-faire, savoir-être et savoir-devenir. En cela, je reprends l'idée de Masson, à savoir: «Est préventif, ce qui aide à penser ce qui arrive.» (1992, page 175) (3)

Au sein de Vie Féminine, mouvement social et culturel d'éducation permanente, nous développons actuellement un projet de formation de relais santé qui par la suite animeront des temps de rencontre à la maternité avec de jeunes accouchées. Ces animations sont principalement axées sur la préparation du retour à la maison avec entre autres une approche des capacités, des compétences et des besoins du nouveau-né, ainsi qu'une approche du vécu des jeunes parents.

Ce projet d'animation en maternité a été imaginé suite à une demande des maternités envers notre mouvement. Et cette étude des besoins nous encourage à la développer.

Notre objectif actuel est de former une équipe de femmes (bénévoles) à propos de la psychologie des jeunes parents, de la psychologie des jeunes enfants et des techniques d'animation de groupes. Cette équipe animera par la suite les séances à la maternité avec comme objectif de susciter les compétences des jeunes parents, de jouer un rôle dans la formation à propos de cer-

(2) Deccache A., Lavendhomme E., «Information et éducation du patient: des fondements aux méthodes», Bruxelles, collection Savoirs et Santé, Questions, édition De Boeck Université, 1989, 239 pages.

(3) Van Meerbeek Ph. et Nobels C., «Quand on a que l'amour», Bruxelles, édition De Boeck Université, 1992, 284 pages.

En fait le bruit peut se retrouver aussi bien au travail (machines, chaînes de montage, etc.) que dans des lieux à double aspect - travail pour les uns et loisirs pour les autres (dancings, supermarchés) - et dans des situations purement loisirs (baladeur avec casque d'écoute, sport automobile, orchestre).

D'autre part, le déséquilibre engendré ne peut être rétabli que par un apport supplémentaire de Mg soit par un changement des habitudes alimentaires, ou un apport pharmaceutique de Mg et par des longues périodes de récupération dans le calme.

Pour protéger et améliorer la santé face à l'exposition au bruit et ses répercussions par les effets néfastes d'un déséquilibre Mg et Ca, il faut une approche globale du milieu de vie du sujet (travail salarié, travail loisir, loisir, mode de vie).

### Le travail, est-ce la santé?

Les mots et les paroles rendent bien l'influence du travail sur notre vie en société: «pour lui, son travail, c'était sa vie, il revit depuis qu'il a trouvé ce petit boulot, l'arrêt de l'usine c'est la mort du village».

Trop souvent on oublie que le travail peut avoir des aspects positifs sur la santé et la santé en tant que revendication communautaire est rarement formulée en termes de santé positive. Les revendications syndicales et politiques dans ce domaine restent largement dans une définition défensive: réduction de l'exposition à des risques, diminution des cadences, diminution du temps de travail, etc... Loin d'ignorer l'importance de telles mesures, il faut néanmoins constater que ces revendications de par leur caractère uniforme passent à côté des facteurs psychosociaux et psychophysiques qui contribuent largement à l'état de santé des personnes concernées et à leur risque individuel de tomber malade.

Une approche de promotion de la santé selon un concept «maladie» ou un concept «santé» amène les différences reprises dans le schéma suivant:

Objet	Maladie	Santé
Moyens d'action	Personne	Situation
Organisation	Prise en charge extérieure	Autonomie
Population visée	Population à risque	Tous les salariés

La promotion de la santé rend une séparation stricte impossible car son action ne peut s'arrêter aux portes de l'entreprise ni s'y confiner.

La littérature anglo-saxonne a forgé les deux contradictions possibles:

«Healthy people on unhealthy places  
Unhealthy people on healthy places»

Pour revenir sur l'autre contradiction liée à la relation de l'Homme avec son travail (effets bénéfiques attendus contre effets néfastes attribués), je me dois de citer Bernardo Ramazzini, médecin italien et un des pères fondateurs de la médecine du travail: «Le profit est sale s'il s'accompagne d'une destruction de la santé. Beaucoup d'artisans ont vu dans leur métier le moyen de gagner leur vie et de faire vivre leur famille, mais tout ce que cela leur a rapporté est une de ces maladies mortelles».

Cela n'a pas été dit à la fin du 19e siècle en pleine lutte ouvrière, mais déjà en 1705, ce qui rend cette citation encore plus dramatique.

Aujourd'hui, il est vrai, on protège mieux, on crée des équipements spécifiques avec l'espoir que les travailleurs les utiliseront. Il y a aussi les primes de risque qui ont l'effet pervers d'attirer des personnes en crise, donc globalement plus en danger.

Changer avec les intéressés les conditions et situations de travail dangereuses pour la santé semble une démarche hasardeuse en économie de marché. Et pourtant des actions, qui plus est évaluées, utilisent le «monde du travail» pour améliorer la santé de la population. Les moyens et les limites de la promotion de la santé sont bien sûr définis par les caractéristiques spécifiques du travail.

Pour apporter une réponse efficiente, un instrument de planification très pratique est utilisé depuis une dizaine d'années aux Etats-Unis. Il s'agit du «parcours» qui à l'instar du jeu de golf propose 18 étapes dont le respect garantit la réussite du projet. Chaque étape se décompo-

se en une vingtaine de sous-questions qu'il serait trop long de détailler dans cette communication.

Le «parcours», instrument pour la planification d'interventions de promotion de la santé dans le «monde du travail».

1. Situation de départ - programme de promotion de la santé
2. Facteurs organisationnels et philosophie de l'entreprise
3. Top-management
4. Cadres moyens
5. Objectifs du programme et analyse des besoins
6. Stratégies de financement
7. Finances
8. Gestion et direction
9. Eléments du programme de promotion de la santé
10. Evaluation et planification dans le temps
11. Méthodes et médias
12. Critères de sélection
13. Services et ressources
14. Implémentation
15. Programmes ayant eus des résultats positifs
16. Eléments stimulants
17. Bénéfices pour les salariés
18. Bénéfices pour les employeurs

(Kenneth R. Pelletier 1984)

De 1981 à 1983, Kenneth R. Pelletier a dirigé une étude comparative, menée par la Faculté de Médecine de l'Université de Californie (San Francisco) et financée par trois fondations nationales. 200 grandes firmes américaines comme par exemple: IBM, Xerox, Johnson & Johnson, General Dynamics, PepsiCo, etc... ont participé à cette étude. Pour certaines de ces firmes, les gains réalisés grâce à des programmes de santé dépassent de 3 à 6 fois le montant investi. Un des facteurs communs pour la réussite: ne pas se limiter à ce fameux «monde du travail» et aux murs de l'entreprise.

### Et demain?

Jusqu'ici j'ai cité des paroles d'hier et d'aujourd'hui mais qu'en est-il pour demain?

Une première constatation: le monde du travail est en mutation pour ne pas dire en révolution. Après la séparation du lieu de vie et du lieu de travail avec le re-

dans une perspective globale de prévention. Au niveau de la prévention primaire, peu de choses se passent. Certains programmes destinés aux enfants existent. Ils visent notamment à développer chez ceux-ci la capacité de dire non. Ils offrent un intérêt certain, mais ne devraient pas constituer la seule approche. Des programmes d'éducation affective et sexuelle, d'éducation parentale, destinés aux adolescents et aux jeunes adultes pourraient sans doute jouer un rôle efficace. Au niveau de la prévention secondaire, il apparaît clairement que plus les processus de dévoilement et de signalement sont précoces, plus on a de chances d'intervenir efficacement auprès de l'enfant. La formation des pro-

fessionnels de première ligne constitue ici une priorité: apprendre à dépister une suspicion d'abus sexuel, gérer correctement le début de l'intervention sont des compétences qui devraient être maîtrisées par un grand nombre d'intervenants non spécialisés, qui sont en contact proche avec les enfants. En prévention tertiaire, le traitement des responsables d'abus sexuel est important à réaliser. Il faut aussi souligner l'intérêt de développer vis-à-vis de l'enfant qui a été victime d'abus sexuel un suivi à long terme. En effet, passée la situation de crise, il arrive que l'intervention soit rapidement clôturée. Il s'avère pourtant indispensable d'assurer à l'enfant un soutien permettant d'éviter l'entrée dans

la spirale transgénérationnelle, où l'enfant victime, devenu adulte, devient lui-même l'auteur d'abus sexuels.

Les éléments que nous donnons ici ne constituent que quelques points de l'ensemble de la recherche. La synthèse de celle-ci est en cours de publication. De plus, une plaquette destinée aux intervenants, reprenant une série de points concrets, est actuellement en phase d'élaboration et sera disponible pour les praticiens.

Michel Mercier et Jacqueline Delville, Professeurs, Centre Handicap et Santé, Facultés Universitaires Notre-Dame de la Paix, Namur ■

## Milieu du travail comme milieu de vie

L'OMS en définissant la promotion de la santé comme "le processus qui met l'Homme en situation de renforcer le contrôle sur sa santé et de ce fait d'améliorer sa santé", a également énoncé des principes et ensembles thématiques qui fixent clairement le cadre du concept et constituent les points d'ancrage pour de nouvelles recherches.

Un des éléments de stratégie définis par l'OMS et permettant d'aborder le monde du travail se trouve dans le document Santé pour Tous (OMS-Euro 1980): "non seulement le secteur de la santé, mais tous les secteurs sociaux influençant la santé de la population, se doivent d'entreprendre des démarches positives pour son maintien et son amélioration".

Si à cela on ajoute: "le mouvement Santé pour Tous est destiné à l'Homme et doit être réalisé avec lui et par lui" (J.E. Asvall 1988), on retourne à une vérité première déjà bien connue mais oubliée de façon chronique: "La clé pouvant apporter une solution à de nombreux problèmes de santé se trouve en dehors du système de santé classique".

### Monde du travail - Monde de vie

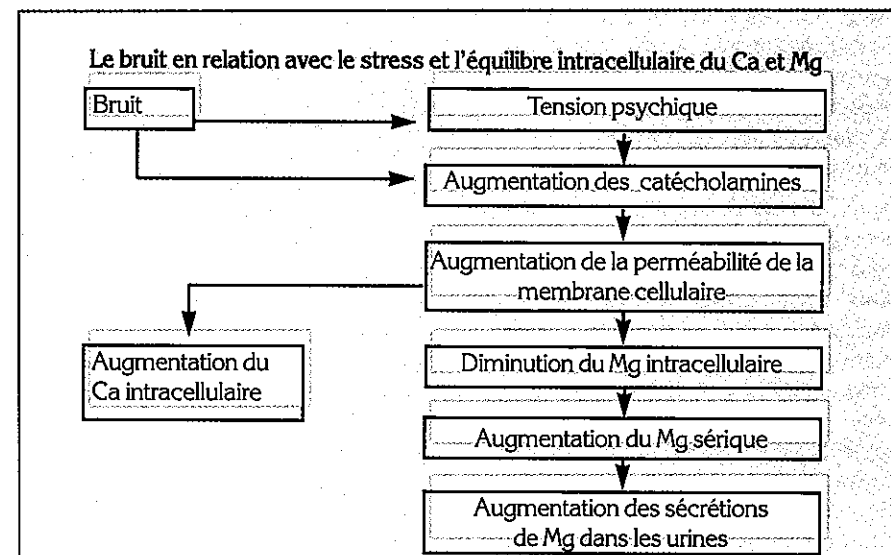
Le terme "monde du travail" suggère une entité bien nette et depuis environ 100 ans ce terme ne recouvre que le travail salarié. Pour le concept de promotion de la santé, ce point de vue est trop réducteur et simpliste car les frontières sont loin d'être aussi nettes au niveau

des déterminants de la santé et il doit englober tout travail: salarié et non salarié, manuel ou intellectuel, de jour ou de nuit, créatif ou reproductif etc. Je pense qu'il suffirait de demander l'avis de femmes qui parfois accumulent plusieurs types de travaux. Il me semble en tout cas impossible de dire à une mère élevant trois enfants et s'occupant de son ménage qu'elle ne travaille pas.

En fait il est impossible de séparer le monde du travail du monde de vie. Le travail fait tout simplement partie de notre vie et l'influence de l'un sur l'autre et finalement sur notre santé est si complexe et si entremêlée que la solution à certains problèmes passe par l'abandon de solutions partielles.

Un exemple très concret nous est donné par la relation entre l'exposition au bruit et le taux intracellulaire de magnésium et de calcium. Le manque de magnésium des populations des pays industrialisés est dû à la synergie résultante d'un apport plus faible: habitudes alimentaires, cultures agricoles poussées par des engrais pauvres en magnésium mais aussi d'une perte de Mg plus élevée due à l'exposition au bruit. Cela entraîne non seulement un risque accru au niveau de l'oreille interne mais également une action nocive sur le système cardio-vasculaire.

Cette action du bruit sur l'équilibre Mg et Ca peut être résumée par le schéma suivant:



tains aspects du «devenir parents». Le grand principe sous-tendant ce projet est la formation par les pairs qui comme chacun le sait a déjà démontré son efficacité. Une formation et une évaluation continue de ce projet sont prévues dans des réunions de travail chaque mois. Des temps de rencontre avec les profes-

sionnels de la maternité sont aussi prévus. Notre histoire de mouvement nous incite à la création de nouvelles initiatives en réponse à des besoins et des demandes émis par la population. Le meilleur exemple n'est-il pas celui de l'opération «goutte de lait» (guerre 14-18), à l'origine de la création de l'ONE,

opération à laquelle de nombreuses femmes du mouvement ont pris part?

Françoise Piron, infirmière et accoucheuse, licenciée en éducation pour la santé, responsable du service aux éducateurs pour la santé de Vie Féminine ■

## Santé globale de l'enfant: les parents, premières ressources...

Plusieurs constatations sont à l'origine de notre recherche.

D'une part, la famille est considérée comme étant ou devant être le milieu où l'enfant dès sa naissance intègre des éléments indispensables à son devenir. Les parents sont les premières personnes concernées par la santé de leur enfant et responsables pour la santé de leur enfant. Notre société évolue, la situation des familles aussi.

Les jeunes parents doivent s'adapter à une société de performance en mutation constante et rapide. L'adaptation des jeunes parents face à la création d'une famille et l'éducation de l'enfant est devenue complexe et difficile. La famille de la fin des années 90 est une famille qui vit en état de stress.

D'autre part, on remarque actuellement dans notre société industrialisée, une augmentation des troubles psychosociaux chez l'enfant, troubles souvent profonds dont les symptômes se révèlent sous de multiples formes (désordres alimentaires, troubles du sommeil, troubles du comportement, manifestations psycho-somatiques...).

Les problèmes de santé des enfants se sont aussi complexifiés et se sont élargis aux problématiques psychosociales sous-jacentes.

Les services de santé ont des difficultés pour prendre en charge cette nouvelle morbidité, dont les causes échappent facilement à toute identification ainsi qu'à tout contrôle. Il reste cependant très important pour les services s'occupant de la santé des enfants de pouvoir tenir compte de ce phénomène.

L'origine complexe de cette morbidité et l'impuissance des services à la prendre

en charge font place aujourd'hui à un malaise à la fois des services et des usagers.

Au niveau des services de santé, ce malaise se traduit par une insatisfaction des personnes, une frustration face à des problèmes rencontrés quotidiennement. Problèmes qui meurtrissent les enfants, ils en sont «les victimes innocentes» et ne peuvent s'en défendre qu'en s'exprimant par l'un ou l'autre symptôme.

Les services de santé réagissent par une recherche non satisfaisante de solutions.

Au niveau des usagers, ce malaise se traduit par une insatisfaction caractérisée par le mécontentement, un sentiment de frustration des parents, de déni, de fatalité (on ne peut rien faire) ou de recherches de solutions parallèles (médecines parallèles, interrogations des médias,...) ou plus grave de démotivation et de démobilisation face au rôle de parents, de père et de mère.

### Des questions

Suite à ces constats, nous avons souhaité mieux comprendre les fondements de cette nouvelle morbidité qui nous semble prendre naissance dans les familles.

Paradoxalement, nous pensons aussi que les parents sont des personnes ressources pour prendre en charge la santé de leur enfant.

Face aux problèmes rencontrés avec leur enfant, les parents utilisent des solutions choisies de façon empirique et cette méthode n'est pas toujours la bonne...

Bien des «dangers» menacent aujourd'hui l'enfant dans son autonomie, dans sa liberté.

En tant qu'acteur de santé, nous avons tenté de mieux comprendre les situations vécues par l'enfant dans sa famille.

Nous avons donc rencontré des mamans en vue de trouver des réponses ou des pistes de réflexion nous permettant de mieux comprendre les enjeux de ce phénomène.

Nous avons voulu identifier à une échelle restreinte, des éléments concrets pouvant être considérés comme ressources ou au contraire comme contraintes face à une approche plus constructive de la santé de l'enfant dans la famille.

Nos questions de recherches étaient les suivantes:

1. Les mères ont-elles une représentation globale de la santé de l'enfant? Quels sont les facteurs physiques, psychiques et sociaux qui reviennent dans leur discours sur l'enfant et la santé de l'enfant?
2. De quelle nature sont les demandes adressées par les mères aux services de santé?
3. Y a-t-il des situations/problèmes? Quel processus de résolution des situations/problèmes?
  - Autogestion, compréhension + ou - du besoin?
  - Recours extérieur? Si recours extérieur il y a, apporte-t-il une réponse à la situation/problème? De quel type? Dans quelles conditions?
  - Pas de recours?

Parmi les résultats significatifs de notre recherche, nous avons retenu les informations suivantes.

Les mamans ont la volonté d'une attitude de respect de l'enfant centrée sur le développement de son autonomie.

Elles expriment leur désir d'aimer l'enfant un peu à la manière dont on fait un «voeu».

Une fois transposé dans la réalité de la relation vécue avec l'enfant, des situations/problèmes surgissent, semblent difficiles à dépasser et agissent comme facteurs de découragement auprès des parents.

Dans tous les cas où le découragement et le doute s'installent face à la situation problème, un sentiment d'impuissance et de fatalité apparaissent aussi. Les services de santé n'apportent pas de réponses aux mères face à ces situations vécues.

### Des ressources et des contraintes

Dans un but de compréhension et de recherche du sens de la situation/problème vécue par les parents, plusieurs facteurs sont apparus comme ressources:

- partage de l'expérience vécue par les parents;
- l'écoute et le dialogue entre les acteurs santé;
- la relation de confiance.

Plusieurs facteurs sont apparus comme contraintes:

- les facteurs de **non convergence des besoins** de l'enfant et de ceux des parents;
- les **situations de conflits** vécues avec l'enfant sont perçues comme défavorables pour la santé de l'enfant;
- l'**ambivalence** inhérente à la relation parents-enfant est également perçue comme facteur négatif pour la santé de l'enfant.

L'introduction de ces facteurs dans un projet basé sur une approche constructive de la santé, permettrait d'intégrer aussi le développement de l'autonomie des parents dans la connaissance de soi et de l'enfant.

Il est important de développer une approche participative des acteurs concernés par la santé globale de l'enfant en amont du diagnostic médical et des premiers contacts avec les services de soins; les parents devraient y être intégrés comme premiers partenaires.

Les situations-santé vécues par les parents deviendraient, comme le souli-

gnait Françoise Dolto, une vraie histoire, écoutée de l'intérieur et dont la voix est transparente et libérée.

*«Connaître une vérité, ce n'est pas la même chose que d'apprendre qu'on a fait une faute. C'est sortir d'un état d'ignorance pour entrer dans une période de recherche et celle-là n'est jamais acquise.» (F. Dolto)*

### Des pistes

Dans ce sens, notre travail ouvre plusieurs pistes de recherche. Deux aspects sont à souligner:

- D'emblée, nous sommes confrontés au concept de l'éducation.

Face aux enfants, le concept d'éducation est un des moteurs du développement, un moteur pour l'épanouissement de l'enfant. L'éducation à la santé diffuse donc largement à travers l'éducation tout court; ce phénomène est évidemment bien plus prégnant chez l'enfant que chez l'adulte.

- La réflexion nous semble également ouverte du côté des valeurs véhiculées par l'éducation: le respect, l'autonomie, la responsabilité, la liberté,...

Le constat d'un grand écart entre le discours et la réalité, nous a fait prendre conscience de l'existence d'un paradoxe auquel il nous semble urgent de commencer à s'intéresser.

N'est-ce pas là la manifestation d'un problème éthique nous concernant tous, que l'on soit enfant, parent et/ou éducateur à la santé.

### Pistes éthiques

Recherche des modalités pratiques pour développer un questionnement éthique utile pour les familles. De nombreux éléments conceptuels sont à souligner, à redéfinir et à remettre à l'ordre du jour en vue de promouvoir le développement de l'autonomie et de la liberté des parents dans la connaissance de soi et de l'enfant.

### Pistes éducatives et comportementales

Etapes proposées pour la résolution d'une situation-problème de santé globale.

Le développement de l'autonomie des parents dans la résolution des situa-

tions-problèmes aboutit à la compréhension du besoin via une démarche des acteurs en présence; la solution-réponse au besoin est décidée par les parents en fonction de leurs propres représentations et déterminants.

La **situation-problème** est donc considérée comme problème à résoudre. Le problème est identifiable par une recherche commune des acteurs en présence.

Le besoin de santé émane de l'analyse critique de la situation. Il est également lié aux caractéristiques propres de la personne et de la communauté.

- Les situations de santé globale sont des situations vécues. Elles font partie d'une histoire, que les parents tentent de s'expliquer ou non. Etant directement impliqués dans la situation, les parents n'ont pas toujours la possibilité de prendre du recul face aux enjeux psychologiques, inconscients,.... sous-jacents à ce vécu.

Les situations trouvent ainsi un sens pour les parents, sens qui prédétermine la réponse que l'on va apporter.

Il nous semble utile à ce stade, afin d'augmenter l'adéquation des réponses aux situations, de développer une plus grande participation des acteurs ressources de santé en vue d'augmenter les qualités critiques de l'analyse effectuée par les parents (connaître et comprendre le sens réel des situations de santé globale de leur enfant.

- Le besoin pressenti est identifié dans une deuxième étape par une prise de conscience de l'ensemble des facteurs intervenant dans la situation-problème, via la participation des acteurs en jeu, y compris les acteurs «ressources-santé».

C'est le temps -prise de conscience- au travers des processus d'apprentissage-enseignement, participation de tous les acteurs présents.

- Le besoin rencontre une réponse, élaborée par les parents, ou au travers d'une demande de connaissance, de conseil, d'information, d'écoute, d'aide, ou de prise en charge...

La situation-problème entre dans un processus de résolution dont les parents restent «propriétaires et gestionnaires», en gardant la possibilité de remettre ce choix en question, en fonction de l'évolution de la situation (résolution ou nou-

traiteance (équipes SOS-Enfant, services d'aide à la jeunesse, institutions judiciaires ...).

### Une mobilisation émotionnelle

Nous reprenons ici quelques résultats qui nous paraissent particulièrement marquants. Un élément qui émerge est l'importance des **émotions** que soulève, chez les professionnels, la confrontation avec une situation d'abus sexuel. Ils se sentent, pour certains, coupables de ne pas avoir dépisté plus tôt un problème aussi grave; ils sont profondément déçus par l'attitude d'une mère, d'un entourage, qui savaient mais ne bougeaient pas, ils sont parfois choqués par les dires de l'enfant, dégoûtés par l'auteur de l'abus, ils peuvent être mobilisés par une volonté de réparer ou de venger... Ainsi, l'abus sexuel arrive à ébranler, à faire «bouger» émotionnellement les professionnels. Lorsque l'on situe bien la complexité de la situation, la fragilité de l'enfant, la dynamique particulière du système, on comprend que cette mobilisation émotionnelle doit être gérée, soutenue, au risque d'amener à des maladroites dans l'intervention, ou à une rétro-action dommageable sur la personne même de l'intervenant. Ceci met en évidence l'importance primordiale, dans ce champ d'activité, de participer à des formations solides, d'être supervisé dans son travail, et de travailler dans une équipe où l'échange et la communication sont favorisés. On rencontre ici le souhait de nombreux professionnels, conscients des lacunes de leur formation de base et qui souhaitent approfondir celle-ci, afin de pouvoir appréhender de manière plus équilibrée et plus efficace les situations d'abus sexuel.

Nous nous sommes aussi interrogés sur les **représentations** des professionnels à propos de l'abus sexuel. Il faut tout d'abord noter que si l'objectif initial de la recherche était d'appréhender globalement l'abus sexuel, la plupart des intervenants ont fait référence, pour répondre à nos questionnaires, à des situations d'abus sexuel intra-familial, c'est-à-dire lorsque l'abus se fait à l'intérieur d'une même famille. Ces répondants sont donc confrontés de manière majoritaire à des situations d'inceste

plutôt qu'à des situations d'abus sexuel extra-familial, de pédophilie. Dès lors, nos résultats concernent essentiellement l'abus intra-familial.

Une analyse factorielle regroupant une série de variables nous a amenés à dégager quatre grands types de représentations de la famille. Nous ne pouvons ici que les citer brièvement (nous reportons le lecteur intéressé au rapport final de la recherche). Le premier type est dominé par une représentation de la mère vue comme portant une part de responsabilité dans le processus; le deuxième est centré sur une attitude de compassion pour l'enfant, associée à une certaine compréhension de l'abuseur, le troisième se focalise sur un rejet marqué de l'abuseur; le quatrième est caractérisé par la pauvreté des informations retenues sur la famille.

Ces quatre modèles sont caractéristiques de groupes particuliers d'intervenants. Mais les variables distinguant ces groupes entre eux nous ont étonnés: il ne s'agit ni de la formation de base, ni de l'appartenance institutionnelle. Les variables déterminantes sont, d'une part, l'expérience d'intervention acquise dans le domaine de l'abus sexuel et, d'autre part, le sexe de l'intervenant. Le fait d'être un homme ou une femme, le fait d'avoir fait face ou non à des situations d'abus sexuel sont donc plus importants, dans la construction des représentations, que la formation professionnelle (aussi variée pourtant que celle d'un gendarme, d'un instituteur ou d'un médecin) ou que le type d'institution dans lequel on travaille (qui peut aller du tribunal à l'hôpital, en passant par le home ou la crèche).

On voit bien ici à quel point les représentations sont ancrées au plus profond de l'individu, et évoluent seulement au rythme des expériences vécues en direct. Ce constat amène à une grande prudence en ce qui concerne l'information. Il est clair qu'une simple information, superficielle, venant de l'extérieur, concernant l'abus sexuel, ne pourra en rien faire évoluer les représentations que se font de ce problème les professionnels qui risquent d'y être confrontés.

### Quelles interventions?

Dans le domaine de l'abus sexuel, la nécessité d'une **collaboration** efficace

entre professionnels est soulignée par les trois-quarts des intervenants. Mais si la collaboration constitue un souhait elle n'est pas toujours suffisamment réalisée sur le terrain. Une difficulté majeure rencontrée est de pouvoir articuler deux logiques aussi différentes que la logique judiciaire et la logique thérapeutique. Le problème est particulièrement clair en ce qui concerne l'auteur de l'abus. Dans un raisonnement de type judiciaire, toute personne est présumée innocente. Il faut donc, lorsque des soupçons existent, faire la preuve de la culpabilité. Ce qui s'avère souvent très difficile lorsqu'une personne accusée d'abus sexuel nie les faits, situation la plus courante. Par contre, dans une logique de psychothérapie, on peut acquiescer, suite aux confidences d'un enfant, la conviction intime que telle personne est l'auteur de l'abus. Et développer ensuite un sentiment de révolte, d'injustice, lorsque l'on constate que le tribunal classe l'affaire, faute de preuve. Il apparaît dès lors impératif d'intensifier le dialogue et l'articulation entre instances judiciaires et services de thérapie.

Dans la dynamique familiale telle qu'elle est perçue par les professionnels, un constat s'impose: l'auteur de l'abus est **absent**. Dans les faits, c'est le plus souvent l'enfant, ou le conjoint non-abuseur qui sont rencontrés par les intervenants. L'auteur présumé de l'abus refuse souvent les contacts, se réfugiant dans le dénégation. Mais de ce fait, il semble faire l'objet de trop peu de préoccupations, de trop peu de recherches, d'intervention, trop limitées. Il serait souhaitable que chercheurs et praticiens se penchent sur la problématique de l'auteur de l'abus et mettent au point des modes d'approche plus cohérents, plus soutenus. En effet, si l'on envisage la situation globale à long terme, il est clair que le risque de récidive est important si l'intervention auprès de l'abuseur n'est pas structurée et sérieuse. Il faut souligner qu'à ce niveau, en Communauté française, des progrès sont à réaliser. Pourtant, dans certains pays, au Québec par exemple, des programmes élaborés de prise en charge individuelle et collective des auteurs d'abus sexuels existent. Ils sont articulés au système judiciaire et semblent donner des résultats réels.

Nous nous sommes attachés à réfléchir aux actions à stimuler si l'on veut travailler la problématique de l'abus sexuel

çon de témoigner aux jeunes qu'il est un professionnel capable de les écouter et de construire avec eux des réponses adaptées aux besoins qu'ils ressentent.

Face à un état de santé qu'il juge déficient et une attitude vis-à-vis des soins qu'il juge négligente, le professionnel n'aura pas pour objectif de faire changer le jeune à tout prix, de le faire adhérer à sa propre façon de concevoir la santé, la prévention et la vie mais d'établir un lien avec lui et de faire confiance à cette relation naissante. Le médecin ne renie pas ses compétences, ses valeurs et ses convictions mais il permet d'abord au jeune d'exprimer les siennes.

Pendant les débats les jeunes ne nous posaient jamais de question d'ordre médical. En revanche dès les entretiens collectifs terminés, plusieurs nous demandaient conseil individuellement, nous remplaçant ainsi dans un rôle plus traditionnel de médecin. Si la relation s'établit dans la confiance, selon le principe d'un enrichissement réciproque, les jeunes sont alors prêts à entendre le discours médical. Ils perçoivent sans doute

que ce savoir est à leur disposition sans leur être imposé comme la seule vérité.

### En guise de conclusion...

Quand j'ai choisi d'entreprendre cette formation, ici, à l'Université Catholique de Louvain, je savais déjà que se former en éducation pour la santé ne consistait pas à savoir utiliser des outils de communication. Je pensais qu'il fallait surtout acquérir une méthode rigoureuse d'intervention, conforme aux méthodes habituellement préconisées par les professionnels de la santé publique: recueillir les besoins, choisir les priorités, définir les objectifs, recenser les moyens, faire une évaluation.

Je pense maintenant qu'il ne faut pas remplacer une illusion par une autre: l'éducation pour la santé n'est pas une simple affaire de communication, elle n'est pas non plus une simple affaire de planification.

Il y a le même risque en éducation qu'en médecine de privilégier les techniques au détriment des relations humaines.

Apprendre en éducation pour la santé c'est, à mon sens, apprendre à créer les conditions d'un échange, d'un dialogue authentique, d'une rencontre entre professionnel et profane. C'est, en particulier pour les médecins, apprendre à ne pas savoir pour l'autre, c'est renoncer à l'exercice d'un pouvoir sur l'autre qui ne se justifie que dans des situations extrêmes (urgence vitale, réanimation...).

C'est également apprendre à analyser le contexte socio-politique et institutionnel dans lequel s'inscrit notre action.

**Docteur Brigitte Sandrin Berthon,** Comité Français d'Éducation pour la Santé, Licenciée en éducation pour la santé. ■

\* SANDRIN BERTHON B., *L'invitation au dialogue - 25 jeunes en difficulté d'insertion parlent de leur vie avec un médecin: analyse du contenu des échanges, mémoire non publié, RESO, Université Catholique de Louvain, 1995, 176 p.*

## Recherche et formation dans le domaine des abus sexuels vis-à-vis des enfants

Les réflexions présentées ici se fondent sur les résultats d'une recherche menée en collaboration avec l'Université de Liège (Professeur Born) et l'Université Libre de Bruxelles (Professeur Sand), subventionnée par le Fonds Houtman. L'objectif de cette étude est de mettre en évidence la manière dont des intervenants très diversifiés envisagent la problématique de l'abus sexuel et conduisent leurs interventions, préventives ou curatives.

Dans ce travail, la définition de l'abus sexuel à laquelle nous nous référons est celle proposée par deux pionniers de la recherche dans ce domaine, R.S. Kempe et C.H. Kempe: *«Implication d'enfants et d'adolescents dépendants, immatures dans leur développement, dans des activités sexuelles dont ils ne comprennent pas pleinement le sens, ou pire, violant les tabous sociaux concernant les rôles familiaux...»* (Kempe, 1978).

Le domaine de l'abus sexuel constitue un champ tout-à-fait particulier. On peut

lui souligner une série de caractéristiques. Tout d'abord, l'émergence d'une problématique d'abus sexuel amène une implication de diverses instances: secteurs curatif, judiciaire, préventif. L'enfant victime d'un abus sexuel doit être suivi, aidé, traité. Mais on ne peut se limiter à cette action. L'auteur de l'abus a commis un délit: il relève dès lors du pouvoir judiciaire. Dès l'abord, on constate que la problématique est complexe, et que le suivi d'une situation d'abus, sur le terrain, est délicat et difficile.

De plus, la confrontation à l'abus sexuel ébranle des valeurs très importantes, fondamentales. Le tabou de l'inceste constitue une base de notre système de représentation, de notre vie affective. Imaginer que l'on puisse l'enfreindre représente une difficulté manifeste. L'abus sexuel nous amène aussi sur le terrain du plaisir sexuel, domaine très lié à notre vie affective et émotionnelle, à notre intimité, ce qui rend difficile le dialogue à ce sujet.

Et, finalement, ce qui rend aussi très spécifique l'abus sexuel, c'est l'énorme abus de pouvoir de l'adulte vis-à-vis de l'enfant qu'il implique. L'adulte utilise le corps de l'enfant comme s'il s'agissait de sa propriété. Cela suppose une négation, non seulement du corps, mais aussi de la personne entière de l'enfant.

D'un point de vue méthodologique, la recherche s'est basée sur l'analyse d'une enquête postale (± 3000 envois, ± 1300 réponses), sur l'étude d'interviews approfondies, réalisées avec 200 intervenants en Communauté française de Belgique, ainsi que sur l'analyse de dossiers d'intervention. Les professionnels contactés sont soit des intervenants de première ligne (médecins de famille, infirmières de l'ONE, policiers, gendarmes, instituteurs,...), soit des intervenants de deuxième ligne (psychologues de centres PMS, IMS, directeurs ou éducateurs dans des institutions d'hébergement, médecins d'hôpitaux,...), soit des professionnels d'institutions mandatées pour travailler des problèmes de mal-

velle situation-problème) et de la participation des acteurs ressources-santé.

Recherches de modalités pratiques du développement d'une approche constructive de la santé plutôt que «restaurative», où le processus enseignement-apprentissage intègre tous les acteurs en jeu (développement pratique de l'approche systémique de la santé globale de l'enfant dans la famille).

Recherche pour intégrer les notions de conflits, d'ambivalence comme facteurs de développement de la santé globale de l'enfant dans la famille.

Recherche des modalités du développement d'une approche participative dans le domaine de la santé de l'enfant dans la famille.

Dans ce sens, les services de santé se laissent interpellés, mais quelles sont les possibilités de mise en oeuvre?

Il serait nécessaire d'analyser les points de convergence et de divergence dans les objectifs des services s'occupant de la santé de l'enfant.

Les projets de promotion de la santé doivent tenir compte de l'ensemble de ces objectifs de leur cohérence mais aussi de leurs contradictions.

Il est également nécessaire de développer des «contacts santé» avec les familles en amont du diagnostic médical et du contact avec les services de santé.

Il est donc utile de penser aux modalités pratiques du développement de ces contacts, en donnant priorité aux ressources disponibles (ex: crèches, gardiennes, écoles maternelles,...).

Il est également utile de développer notre recherche auprès d'autres populations aux caractéristiques différentes.

### Acteur ou formateur?

Face à ces pistes de recherches serons-nous acteurs ou formateurs?

En nous identifiant à un personnel de santé ayant comme rôle la promotion de la santé globale de l'enfant, on est sans nul doute tantôt acteur et tantôt formateur.

Acteurs car nous effectuons des recherches par rapport à des besoins de santé évidents et que déjà ces recherches ont un impact sur la santé des enfants.

Nous sommes formateurs en tant qu'initiateurs auprès des parents; nous

sommes des personnes ressources, en quelque sorte un «guide» personnalisé.

**Mais nous ne sommes pas seuls acteurs de santé face à l'enfant, bien avant nous les parents sont responsables de la santé de leur enfant.**

Quelle que soit la situation, cette responsabilité peut être prise en défaut mais non remise en cause.

Différents acteurs se partagent la responsabilité de la santé globale de nos enfants. Ces différents acteurs sont heureusement tous acteurs «ressources» avec chacun leurs spécificités d'action et/ou de formation.

**Un des moyens de l'éducation à la santé est de faire une somme intelligente de ces spécificités, c'est-à-dire les utiliser comme complémentaires dans un but de mieux-être pour l'enfant et pour sa famille; sans jamais perdre de vue que les parents sont les premières personnes ressources pour l'enfant.**

Georgina Germanes, Licenciée en sciences médico-sociales, Option éducation à la santé, Infirmière pédiatrique, Enseignante à l'école supérieure d'infirmières St Pie X - St Camille. ■

## Quand l'intervention en éducation pour la santé devient support de formation à l'école primaire!

### Introduction

Le point de départ du projet dont il est fait mention fait suite à une étude menée par notre université sur la fréquence de présence de facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires auprès des enfants de 8 à 12 ans dans la Province de Luxembourg, province où le taux de mortalité par maladies cardio-vasculaires est relativement élevé dans notre pays.

Les résultats de cette étude mettent en évidence combien, dès le jeune âge, certains facteurs de risque peuvent déjà être repérés dans la population.

Suite à cette étude, la Communauté Européenne a accepté de subsidier un projet d'intervention ayant pour objectif de développer des actions auprès des

écoles en vue de réduire le risque de maladies cardio-vasculaires à l'âge adulte.

En effet, la présence de facteurs de risque de ces maladies dès l'enfance fait apparaître la nécessité d'intervenir très tôt dans une perspective de prévention.

Le choix d'une stratégie d'intervention s'imposait.

L'option retenue fut d'abord de communiquer aux directions d'écoles ayant participé à l'étude, les résultats globaux de celle-ci. Ensuite, chaque établissement pouvait solliciter une collaboration pour le développement d'un projet d'éducation pour la santé au sein de leur établissement.

Près de 30 institutions ont formulé cette demande.

Dans l'impossibilité de répondre à l'ensemble de ces demandes, des critères de sélection ont été retenus:

- a) par rapport au contexte scolaire:
- intégrer la diversité des réseaux d'enseignement;
  - intégrer la diversité des contextes environnementaux: urbain, semi-urbain, rural;
  - intégrer la diversité de taille de l'école: petite, moyenne ou plus importante;

b) par rapport à la demande, les écoles privilégiant un partenariat intra ou extra-scolaire ont été privilégiées (association de parents, pouvoir communal,...).

Quatre institutions scolaires ont ainsi été sélectionnées parmi l'ensemble des demandes.

## La construction de l'intervention

Un des objectifs de recherche spécifique à ce projet (probablement le principal) était l'intérêt porté au processus de changement de manière globale, c'est-à-dire ne se limitant pas uniquement au processus de changement de comportement de l'individu mais aussi à l'observation et à l'analyse du changement contextuel, tant dans sa forme que dans son organisation.

La construction de l'intervention devait permettre ces observations.

L'option retenue fut de reproduire le schéma d'origine (avec les directeurs) auprès des autres acteurs du système scolaire, c'est-à-dire au départ d'une demande (ou d'une offre), confronter celle-ci par rapport aux attentes, aux désirs de faire ou de ne pas faire quelque chose.

## De la demande de la direction à la demande de l'équipe éducative...

Une première rencontre fut proposée avec l'ensemble des acteurs adultes de l'école.

Les objectifs étaient:

- d'abord de confronter la demande du directeur de développer un projet au sein de l'école avec leurs attentes respectives,
- de délimiter les systèmes pertinents d'intervention au sein de chaque contexte scolaire (classes, cycles, regroupement de classes,...)
- d'analyser la faisabilité pratique par rapport au programme scolaire,
- de présenter la dimension institutionnelle comme soutien de créativité et de légitimation de développement du projet.

Cette première rencontre fut suivie de rencontres régulières, considérant l'ensemble de l'équipe éducative de chaque contexte scolaire comme un des niveaux d'action du projet.

Cet espace de rencontre fut aussi un espace de confrontation des désirs de développer ou non une action particulière au sein d'une classe ou d'un rassemblement de classes.

Il est devenu par la suite l'espace de réflexion, d'analyse et d'évaluation du développement du projet au sein de chaque contexte scolaire.

## Du désir de l'enseignant à la réappropriation du désir par les enfants...

Chaque classe ou rassemblement de classes était défini au départ comme étant le système potentiellement pertinent pour le développement du projet.

La même stratégie fut développée au sein de chaque système d'intervention, d'une part par l'explicitation du désir de l'enseignant de développer une activité spécifique liée au champ de la santé et d'autre part, par la confrontation de ce désir avec les aspirations des enfants à développer quelque chose d'une activité à leur niveau.

Jusqu'à alors, aucun contenu spécifique n'avait été défini pour ces activités.

Très vite, les enfants des différents systèmes d'intervention ont été séduits par cette idée de développer quelque chose sur la santé à l'école. Ce désir des enfants s'explique de différentes manières:

- d'une part, par le fait de développer d'autres contenus éducatifs que ceux imposés par le programme,
- d'autre part, par l'attrait de la nouveauté d'une personne extérieure (il suffit de penser à la place que peuvent occuper les stagiaires pour les enfants),
- enfin, par le fait de croire que cela diminuera la quantité de matière ou de travail que l'enseignant donnera en fin journée.

Cependant, tous les intervenants en milieu scolaire savent que ce caractère captif n'est souvent que passager et que la réalité atténuée progressivement cette représentation.

Les objectifs spécifiques de ce projet d'éducation pour la santé en milieu scolaire sont de développer chez les enfants un sentiment de responsabilisation par rapport à leur santé, de leur faire prendre conscience de leur pouvoir de préservation et de fructification de ce capital santé, de resituer la santé dans son interaction avec l'environnement et de comprendre la (ou les) représentation(s) dominante(s) de la santé chez les enfants.

Une des premières interventions, avant de définir les contenus spécifiques des activités fut donc d'explorer ces différents niveaux, et ce, par deux techniques différentes de manière à limiter les biais dans le recueil d'informations.

La première exploration portait sur un questionnaire remis aux élèves des classes de 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> année, questionnaire portant sur les contenus spécifiés dans les objectifs.

Le deuxième mode exploratoire consistait en une représentation graphique de concepts associés au concept de santé, de maladie, et ce par proximité d'intensité, au départ d'un travail de groupe.

Cette activité fut génératrice d'une quantité importante d'informations qui ont permis de mieux comprendre le système de représentation des enfants.

De ces représentations, un certain nombre de questions ont émergé au sein de chaque système d'intervention. Ces questions ont alors servi de base à la construction des projets spécifiques, c'est-à-dire à la définition des contenus que les enfants sélectionnaient comme porte d'entrée pour développer leur projet santé.

C'est ainsi que se sont construits une vingtaine de projets distincts.

L'organisation pratique du développement des projets fut l'occasion d'un échange au sein de chaque système d'intervention sur l'organisation habituelle de la classe, sur ses règles de fonctionnement, ses modes de régulation ainsi que les rôles assumés par l'ensemble des acteurs.

L'objectif recherché était d'amener les enfants à réfléchir sur le mode organisationnel qui serait le plus adapté au développement d'un projet santé au sein de leur classe.

C'est alors que les enfants ont décidé de créer l'"atelier santé", c'est-à-dire l'endroit où l'artiste exerce son art, mais aussi l'endroit où les compagnons faisaient l'apprentissage d'un métier (par référence à leur cours d'histoire).

Il faut aussi spécifier que les enfants cherchaient un cadre organisationnel qui leur permette de construire leur projet sans trop de contrainte et dans une ambiance plus décontractée.

Il apparaît également important de spécifier que les projets santé étaient recon-

cordent à dire que leur état de santé est globalement très dégradé. Depuis quelques années est donc prévue pour eux aussi une visite médicale systématique. Malheureusement beaucoup d'entre eux n'y viennent pas, ce qui n'est pas très surprenant puisqu'on note justement dans cette population un recours aux soins tardif et dans l'urgence.

J'ai donc pris l'initiative d'aller à leur rencontre, dans les centres de formation et de leur poser en petits groupes quelques questions ouvertes sur la santé. Ils se sont engouffrés dans cet espace d'expression et je les ai écoutés parler d'eux-mêmes, de leur santé, de leur vie. Nos entretiens duraient trois heures. Cette simple démarche a provoqué secondairement un afflux massif des jeunes vers la consultation mise en place pour eux.

A l'occasion de mon mémoire, j'ai donc voulu comprendre autour de quels enjeux communs se nouait la relation entre eux et moi. On lit en effet souvent que la rencontre est impossible entre les jeunes en difficulté et les professionnels de la santé.

Avec trois groupes de jeunes, j'ai branché un magnétophone pour enregistrer nos conversations puis j'ai fait une analyse du contenu des échanges.

Je mettais à leur disposition une exposition de vingt panneaux réalisés par des illustrateurs de bandes dessinées et qui représentent des jeunes dans des situations de la vie quotidienne (travail, loisirs, vacances...). Je leur donnais la consigne suivante: «Parmi ces vingt panneaux, choisis ceux qui parlent le mieux de ta vie et, si tu es d'accord, tu nous expliqueras ensuite les raisons de ton choix.»

C'est une technique très proche du Photolangage et qui permettait aux jeunes de parler d'eux-mêmes, un peu ou beaucoup selon leur désir.

## Quelques résultats...

Je n'en présenterai ici que les grandes lignes. Autour de quoi se nouait la relation?

- Autour de l'expression d'une souffrance, d'une plainte physique ou morale dont les jeunes avaient besoin de parler. Cela bien sûr ne laisse pas indifférent un professionnel de la santé dont la voca-

tion première est de soulager les souffrances: «J'ai mal.» ou «J'ai de la peine à cause d'un deuil, d'une séparation» ou «Je regrette une époque plus heureuse».

S'agit-il pour autant d'une demande? Pas encore. Nous n'en sommes qu'à mettre des mots sur une souffrance, à la reconnaître et nous créons un lien qui permettra peut-être ultérieurement l'émergence d'une demande d'aide. Tout notre travail consiste à être là sans occuper trop de place, en l'occurrence à ne pas devancer la demande, à lui laisser le temps de s'exprimer. Cela sera peut-être long et la souffrance ressentie se résoudra souvent en dehors de nous.

- Nous avons observé un autre point de convergence entre les préoccupations de ces jeunes et les nôtres: c'est l'importance accordée aux relations humaines. En tant que professionnel nous considérons la communication, les échanges, la parole comme un mode privilégié de résolution des difficultés. Pour les jeunes que nous avons rencontrés, la communication, les échanges, la parole sont sources de plaisir. Les loisirs qu'ils nous décrivent sont collectifs dans la très grande majorité des cas. Dans leur discours c'est le plaisir d'être avec d'autres qui prime sur l'activité elle-même.

La considération qu'on leur porte en les accueillant, en aménageant pour eux un lieu convivial, en leur demandant leur avis et le fait qu'on les incite à parler en groupe, à renforcer des liens entre pairs sont les témoins de l'importance que nous accordons, comme eux, à la convivialité et aux relations humaines (le panneau qu'ils ont le plus souvent choisi pour parler de leur vie avait pour titre: «L'invitation»). Par delà le contenu de nos échanges, c'est peut-être à cela qu'ils sont sensibles, c'est peut-être pour cela qu'ils viennent en consultation après.

- Et le risque? La notion de risque n'est pas un sujet de conversation fédérateur entre eux et nous. Ils n'y viennent pas spontanément et quand nous l'évoquons (en professionnel de la prévention qui se respecte!), ils nous opposent la notion de plaisir et la conversation s'enlise.

## Des recommandations...

A ce stade de mon travail, les membres de mon comité d'accompagnement m'ont conseillé de formuler des recommandations qui seraient peut-être utiles

à d'autres professionnels. Ils m'ont donc demandé de changer de rôle: de professionnel en formation je devenais professionnel formateur. On en revient au thème de cette journée scientifique.

L'appellation jeunes en difficulté d'insertion recouvre des réalités extrêmement diverses. Ces jeunes n'ont pas tous besoin de la même chose et les réponses que nous leur apportons dans le domaine de la santé ne peuvent pas être univoques. Il est donc indispensable de leur donner la parole pour faire leur connaissance, savoir ce qui les préoccupe, ce dont ils souffrent éventuellement, ce à quoi ils aspirent.

Quelles sont les conditions à réunir pour que le dialogue s'établisse?

- Avoir du temps. Ne pas agir dans l'urgence, sous l'emprise de l'inquiétude que l'état de santé de ces jeunes nous inspire. Ne pas leur proposer une réponse avant même qu'ils aient formulé la moindre demande. Cheminer lentement avec eux au rythme de la relation qui se noue.
- Se déplacer vers les jeunes ou bien les inviter et leur offrir un espace convivial, un moment d'échanges chaleureux. Ne pas les convoquer à venir jusqu'à nous.
- Rencontrer les jeunes en petit groupe pour que ceux qui ont le plus de mal à s'exprimer ne se sentent pas dans l'obligation de parler.
- Leur proposer un sujet de conversation très en amont des problèmes de santé, où le professionnel n'apparaît pas comme le spécialiste du sujet abordé pour que la relation ne se construise pas sur la transmission d'un savoir mais sur la réciprocité des échanges.

On peut se demander si la présence d'un médecin est nécessaire pour permettre aux jeunes en difficulté d'insertion de parler de leur vie. D'autres professionnels pourraient bien sûr animer des moments d'échanges analogues et recueillir le même type de confidences. Le bénéfice immédiat serait le même. Mais rappelons que notre objectif est de créer une relation de confiance entre ces jeunes et le médecin, pour faciliter leur accès aux soins curatifs et préventifs et, à moyen terme, améliorer leur état de santé. La relation de confiance ne peut pas s'établir par personne interposée et il faut bien que le médecin accepte dans un premier temps de s'impliquer dans une action qui ne relève pas de ses compétences spécifiques. C'est une fa-



## ■ Approche et écoute des jeunes en difficulté d'insertion sociale

### Etre à la fois formateur et en formation...

En France, «800 000 jeunes non scolarisés de moins de 25 ans forment la clientèle des dispositifs d'insertion sociale et professionnelle» (L'insertion des adolescents en difficulté. Rapport d'évaluation, Paris, La documentation française, 1993, p. 17). Cela signifie qu'on propose à beaucoup d'entre eux des stages de formation. Mais, quand on les nomme, c'est-à-dire quand on les caractérise, on dit qu'ils sont «en difficulté» et non pas qu'ils sont «en formation»... comme si l'on ne croyait pas vraiment à leur avenir.

Un travail mené avec quelques-uns de ces jeunes en formation a constitué le sujet du mémoire que j'ai rédigé pour l'obtention de la licence en éducation pour la santé.\* Ce mémoire venait donc clore la formation que j'avais moi-même choisi de suivre en Belgique au sein de la prestigieuse Université Catholique de Louvain.

Qu'y a-t-il de commun entre ces deux démarches de formation?

D'un côté des jeunes que l'on dit exclus de la société, que l'on cherche à convaincre de suivre une formation, à défaut de leur trouver un emploi: une formation qui apparaît plutôt comme une bouée de sauvetage jetée dans une mer déchaînée et infestée de requins.

De l'autre côté, une femme, médecin, que l'on pourrait dire "incluse" de la société et qui choisit d'acquiescer un nouveau diplôme, d'entreprendre une formation que l'on pourrait qualifier «de luxe».

Ces deux démarches n'ont évidemment pas le même sens.

### Des interrogations...

• On est en droit de se demander si la formation peut résoudre les difficultés d'insertion sociale et professionnelle.

Les travailleurs sociaux qui accueillent les jeunes dans les structures d'aide à l'insertion n'y croient plus. «On se demande à quoi servent les formations.

On traîne une réputation de stages qui n'aboutissent à rien.»

Quant aux jeunes concernés, «ils réagissent comme s'ils regardaient une image à la télé, ils disent je veux être ça, jamais je veux devenir. C'est du préemballé. Si on ne fait pas attention, ils viennent ici comme dans un magasin, ils prennent une formation comme un produit et ils pourraient en changer indifféremment.» (Le Monde 28/2/95)

• La santé est-elle une porte d'entrée pertinente pour aborder les difficultés d'insertion sociale et professionnelle?

La santé de ces jeunes est souvent décrite comme désastreuse par les enquêtes épidémiologiques qui révèlent des caries dentaires, des troubles visuels, des déformations du rachis, des difficultés psychologiques et surtout une carence de soins et des comportements à haut risque.

Ce constat ne laisse évidemment pas indifférents les professionnels de l'éducation pour la santé qui pensent qu'à notre époque un mauvais état de santé rend illusoire toute tentative d'insertion professionnelle. Ils rêvent d'amener ces jeunes à prendre en charge leur santé de manière globale, parlent de démarche participative, veulent respecter les réalités sociales et culturelles...

Mais d'un point de vue individuel, a-t-on envie de prendre soin de soi-même quand la société semble n'avoir rien à vous offrir? Si on n'a pas d'emploi et pas de reconnaissance sociale gratifiante, on manque de moyens et de motivations pour se soigner.

D'un point de vue collectif, l'éducateur pour la santé peut-il ignorer la logique de la société dans laquelle s'inscrit son action?

«Comment promouvoir cette approche de plus en plus globale et positive de la santé quand les logiques de fond produisent et font craindre plutôt des régressions?»

Si nous convenons que les fondements essentiels de la promotion de la santé et de l'approche communautaire s'intitulent *globalité, participation et progrès*

*d'ensemble*, comment les faire passer dans ces contextes socio-économiques et culturels de plus en plus marqués par le creusement des inégalités, une crise des valeurs dominantes, des processus d'exclusions de plus en plus massifs et durables?» (Bixi O., Promotion et Education, 1994, 4)

• Autrement dit, la formation comme l'éducation pour la santé ne sont-elles pas des leurres? S'y engager ne revient-il pas à cautionner et à renforcer un système générateur d'exclusion sociale? Si on répond par l'affirmative à ces questions, doit-on en déduire qu'il faut attendre ou même provoquer une révolution pour reprendre espoir?

Ou bien existe-t-il une troisième voie, entre la naïveté et la révolution? Peut-on au quotidien refuser la fracture entre les exclus et les inclus de la société? Comment restaurer des liens, nouer des relations?

Quelle que soit notre intention vis-à-vis de ces jeunes, les soigner, les éduquer, les former, n'avons-nous pas d'abord à les écouter? Comment leur accorder et leur témoigner de la confiance, renoncer à les prendre en charge, s'attacher à découvrir avec eux ce qui les fait souffrir et ce qui fonde leur espoir aussi minime soit-il?

C'est autour de ces questions que se sont finalement rencontrés les jeunes «exclus» et le médecin «inclus» dans une relation de formation réciproque. C'est le travail que je relate dans mon mémoire de fin d'études.

### De l'action à la recherche...

Avant de travailler au Comité Français d'Education pour la Santé, j'avais la responsabilité des services de santé d'une ville de 80 000 habitants de la banlieue parisienne. Cette fonction m'a conduit à devoir mettre en place des consultations médicales pour ces jeunes.

Ils n'ont droit ni à la médecine scolaire ni à la médecine du travail et pourtant tous les professionnels qui les côtoient s'ac-

nus par le contexte scolaire global qui légitimait son organisation, en lui donnant un sens pour lui-même, mais également un sens au sein de l'école entière.

Plusieurs établissements ont d'ailleurs déjà prévu d'organiser une journée santé à l'école qui serait l'occasion d'un échange de présentation de projets entre classes mais également l'occasion d'une présentation orientée vers l'extra scolaire.

La dynamique émergente au sein de ce projet a de loin dépassé tous les objectifs attendus.

Très vite, les enfants se sont positionnés comme les acteurs de construction de leur projet spécifique, déployant leur créativité, leur capacité d'invention, leur entraînement...

L'atelier "santé" devenait un espace qui leur appartenait et pour lequel les adultes étaient des personnes ressources en cas de situations problèmes plus difficiles à résoudre.

A titre d'exemples, ces projets ont pris la forme tantôt de la création d'un magasin des collations au sein d'une école, de la création de jeux de santé sous des formes très diverses, de la réalisation d'expositions autour de la santé, de l'organisation de menus santé, de la réalisation d'un reportage sur l'environnement, d'une école du goût et de la forme, de la réalisation d'affiches de sensibilisation pour installer dans l'école...

### La dimension formatrice et formative de l'intervention

La différenciation entre les dimensions formative et formatrice n'est pas sans intérêt pour illustrer le processus d'apprentissage à l'oeuvre dans l'intervention.

La dimension formative désigne le moyen, le support qui sert à l'apprentissage alors que la dimension formatrice désigne le processus même de formation (la formation n'est-elle pas ce qui donne forme!)

L'analyse de ces dimensions dans l'intervention est multiple, tant elle intègre les différents acteurs et son apport se situe à différents niveaux.

### Au niveau des enfants

Considérant les enfants comme les premiers acteurs de leurs ateliers, une différenciation est nécessaire pour illustrer les niveaux d'apprentissage dans le processus de développement du projet:

- le premier concerne l'apprentissage du fonctionnement d'un groupe qui doit se définir des règles pour fonctionner;
- le deuxième concerne l'apprentissage par confrontation de ses propres représentations avec les représentations des compagnons de classe;
- le troisième concerne l'auto-formation, c'est-à-dire que toute question qui se pose au groupe nécessite la recherche individuelle d'une réponse potentielle avant d'être résolue au niveau du groupe;
- la quatrième est l'apprentissage, la prise de conscience du rapport que chaque enfant entretient avec son corps, avec sa vie, mais aussi avec sa santé et de la responsabilité qui en découle pour soi et pour les autres;
- la cinquième est liée davantage à la spécificité du fonctionnement en atelier et concerne l'apprentissage de l'exploitation de ses ressources et de sa créativité dans une oeuvre collective.

### Au niveau des enseignants

L'organisation de l'atelier dans une perspective de pédagogie ouverte centrée essentiellement sur le développement de l'enfant interpelle souvent les enseignants dans leur pratique habituelle.

Même si les conditions spécifiques de l'atelier santé sont certes différentes de leur classe habituelle, plus d'un enseignant déclare avoir modifié sa pratique éducative à l'école, notamment dans la recherche d'une plus grande exploitation des compétences des enfants dans l'organisation des activités.

Cette expérience génère un autre effet chez les enseignants: la découverte et la connaissance dans un autre contexte des enfants dont ils ont la responsabilité parfois pour plusieurs années. Ainsi, plusieurs enfants semblent s'être épanouis, ouverts différemment à la scolarité au départ de l'atelier santé.

Cette différence s'explique par le fait que la modification des règles de fonctionnement d'un système, permet par régulation et adaptation, l'émergence de comportements tout-à-fait autres.

### Au niveau du système scolaire

L'aspect le plus révélateur dans l'évolution du projet, c'est la dynamique qu'il génère dans le fonctionnement du système scolaire global.

Les échanges relatifs aux différents projets internes de l'école génèrent un sentiment de motivation plus important chez les enseignants; tout en permettant l'exploitation de ressources spécifiques internes selon leurs compétences respectives.

Cette motivation, exprimée parfois de manière humoristique sous forme de compétition, vient alors en renforcement de la dynamique générée par les ateliers.

Certaines expériences de fonctionnement par cycle notamment trouvent également un renforcement de leur fonctionnement par le fait que celui-ci permet davantage l'exploitation respective des compétences de chacun tout en permettant à l'enfant un développement à son rythme et une confrontation avec différents points de vue, voire différentes façons de faire.

S'il est encore prématuré aujourd'hui de dresser une évaluation complète de ce projet d'intervention-recherche, certains éléments paraissent toutefois porteurs de modification.

Un seul exemple est la dynamique générée par le projet au sein des quatre systèmes scolaires, même si cette dynamique prend des formes et des intensités différentes selon les contextes.

L'évaluation finale devrait apporter des informations supplémentaires sur la partie relative au fonctionnement du contexte dans l'évolution de cette dynamique.

En attendant celle-ci, laissons la parole à un instituteur de cinquième année: "il me paraît évident qu'il est pratiquement impossible de revenir au fonctionnement que nous avions avant, quand on voit les effets que ce projet a pu avoir sur l'apprentissage des enfants."

Alors, d'une dimension formatrice, l'éducation pour la santé serait-elle transformatrice?

Claude Renard, Licencié en éducation pour la santé, Assistant de recherche (ICL-RESO). ■

## ■ L'éducation à la santé: des contradictions à gérer...

Comment partir d'un risque de maladie pour développer une action de promotion de la santé? Cette opération, peu éloignée, dans sa nature, de la quadrature du cercle, est cependant possible: les exposés de cette session l'ont montré à plusieurs reprises. Ce n'est qu'une des contradictions que doit affronter l'éducation à la santé.

### Vers une culture de la santé

Dans nos sociétés, a-t-il été dit, prédomine, plutôt qu'une «culture de la santé», une «culture de la maladie» ou une culture du risque, qui est aussi une culture de l'immédiateté. Plus les problèmes de santé deviennent d'essence psychosociale, rendant les services de santé impuissants à soigner autre chose que des symptômes, plus devient évidente la diffusion d'une culture de la santé propice à la solution des problèmes dans leur profondeur.

Une évolution s'opère, par exemple en Espagne où les enseignants s'approprient un modèle «santé/participation» à la place du classique modèle «maladie/médecine». Mais le public, dans sa majorité reste porteur de représentations négatives de la santé, et demandeur d'une approche très somatique de la part des services de santé. Ceux-ci ne sont pas investis par le public (par les mères pour leurs enfants, en Belgique par exemple) de ce qui relève de l'éducation à la santé: sans doute, faut-il, sans pour autant négliger ces services, travailler plus encore avec les services de santé «non médicaux», ceux qui privilégient des approches pluriprofessionnelles, communautaires. La tâche de l'éducation à la santé est d'abord la formation des acteurs de ces

services. D'une contradiction, on fait aussi une évolution en douceur et en profondeur... à confirmer!

Autre contradiction à gérer, peu différente à vrai dire: le sida est entré en force dans les préoccupations de l'éducation à la santé, avec sa réputation d'urgence absolue, de priorité dans le court terme et de menace vitale pour les adolescents et les jeunes. Tout cela a légitimé des approches thématiques, négatives, superficielles. On s'étonne aujourd'hui de l'absence de vraie demande de la part des adolescents (autre que la réponse «oui» à une question du genre: le sida vous apparaît-il comme une priorité de santé?). Pourquoi y aurait-il demande alors que l'emphase mise sur le sida auprès des jeunes tient surtout au fait qu'ils sont un public captif, facilement contactable, et à l'inquiétude des adultes... pour eux-mêmes? L'éducation à la santé n'est pas neutre du point de vue de l'éthique: il était bon de le rappeler ici, et il est encore plus nécessaire de le rappeler au-dehors. Les approches positives du sida qui ont été discutées, intégrant le souci de la maladie dans des activités de responsabilisation plus globalement orientées vers la santé et la sexualité, montrent que l'éducation à la santé n'est pas condamnée, là encore, au vite fait et au superficiel, et que les «pistes éthiques» peuvent y être explorées et empruntées de manière féconde.

### Partir de la compétence des profanes

En éducation à la santé, les rapports entre les professionnels et les «bénévoles» (je préférerais dire les «profanes») sont un autre signe de contradiction. On veut privilégier le rôle des pairs, mais au risque alors de désinvestir les profes-

sionnels de leur responsabilité ou de «professionnaliser» les profanes... Et à vouloir à tout prix «accompagner» les gens, ne risque-t-on pas d'être excessif, de réaliser un contrôle social, ou un «blâme de la victime»? Certaines démarches insistantes d'accompagnement me font penser au petit scout qui, pour faire sa bonne action du jour, fait de force traverser la rue à une vieille dame qui n'en a ni envie ni besoin... L'essentiel, dans les discussions d'aujourd'hui, semble être de partir de la compétence des gens, des parents, des enfants et pas de celle des professionnels, ni même des «pairs» que ceux-ci ont repérés pour les relayer.

### Education et santé, synonymes?

Tous ces points relèvent bien de la formation; ils en constituent les enjeux. Vos expériences, vos témoignages et vos discussions ont montré à quel point l'action avait une vertu formative... et réciproquement. La formation est «transformative», a-t-il été dit. Elle le sera d'autant plus qu'elle s'intégrera dans une culture de santé de façon «normale», comme l'éducation à la vie, sans revendiquer le label spécifique de «formation à l'éducation de la santé». Car spécifier et aussi délimiter ce que l'on veut décroquer et rendre global, n'est-ce pas encore une contradiction?

J'aimerais conclure sur cette parole de Brigitte Sandrin: «Pour moi, éducation et santé sont synonymes». Accepter cette synonymie, et s'y référer, est sans doute un bon moyen de ne pas s'enliser dans les contradictions.

Professeur Jean-Pierre Deschamps, Ecole de santé Publique, Université de Nancy ■

fessionnels de l'éducation pour la santé que nous sommes ici).

La clarification des valeurs de l'éducateur pour la santé et la recherche de cohérence entre les trois dimensions décrites ne va pas sans poser de nouvelles questions relatives aux valeurs des apprenants. Ces derniers peuvent être les patients, dans le travail d'éducation pour la santé, ou les soignants eux-mêmes, dans les activités de formation.

Comment gérer les écarts entre valeurs des formateurs ou éducateurs et celles de apprenants? sachant que ces écarts sont parfois de véritables conflits de valeurs, comment le formateur peut-il concilier ses choix et sa position éthique avec ceux des personnes qu'il forme?

S'il favorise ses propres choix au détriment de ceux des apprenants, c'est le paradoxe: comment par exemple former à l'autonomie en l'imposant, comme valeur? Si au contraire il favorise les choix des apprenants, il se retrouve lui-même dans un conflit: comment former quelqu'un à faire respecter ses prescriptions, à se faire obéir, quand les valeurs que l'on défend sont celles de l'autonomie, de l'autodétermination et du choix libre et éclairé?

De même au niveau des patients, un soignant peut-il éduquer sans tenir compte des valeurs, vécus et souhaits des patients? si non, il ne peut donc construire le travail éducatif (et de soins?) que sur les besoins propres, émergeant du patient lui-même et non sur des projections des vues des soignants.

### Une analyse de la demande des apprenants

Une tentative de concilier ces positions parfois inconciliables a été effectuée, en mettant en place, au départ des projets d'éducation ou de formation et parallèlement à l'analyse des besoins éducatifs, une analyse de la demande des apprenants (patients ou soignants). Cette analyse s'accompagne d'une forme d'audit et de clarification du contexte (institutionnel ou personnel), défini

comme la somme de deux axes (Deccache 1994):

- axe idéologique - éducatif, comprenant les modèles de santé, d'éducation, d'éducation pour la santé, d'explication des comportements de santé, et le type de relation de soins en place;

- axe organisationnel, incluant le fonctionnement structurel (rapport entre l'intégration et la différenciation des fonctions dans une équipe de soins), le mode de gestion (centralisée ou non), le type d'organisation (de l'autoritaire au coopératif) et de la capacité de changement.

Une deuxième solution est aussi de construire l'analyse des besoins et de les définir à partir de trois pôles ou sources.

En éducation du patient:

- 1- le point de vue, subjectif et profane, du patient (et sa famille),
- 2- le point de vue des soignants, expert et plus ou moins objectivé,
- 3- les apports de la théorie et du savoir scientifique développé sur la question.

En formation des soignants:

- 1- le point de vue du soignant-apprenant,
- 2- le point de vue des formateurs sur les besoins de formation émergeant des analyses effectuées,
- 3- les apports de la théorie sur les besoins de formation et les méthodes d'analyse et de formation.

En effet, après une période d'«approche professionnelle» des besoins, où les soignants déterminaient les besoins et les objectifs éducatifs des patients à partir de leur propre expérience, l'éducation du patient (et l'éducation pour la santé de même) est passée à une période d'«approche profane» des besoins où le patient a été amené à définir lui-même et seul ses besoins et objectifs. Cette deuxième approche est nettement plus acceptable et valable que la première.

Toutefois, elle présente des limites qu'il a fallu percevoir et préciser: l'incapacité à dégager l'ensemble des besoins de santé et d'éducation d'une personne à un mo-

ment donné. En l'absence de savoir expérimentiel (subjectif et profane) du patient, les soignants ne peuvent définir des besoins réalistes (pour le patient) et adéquats à son projet de vie; la santé étant rarement une finalité (cas dans lequel elle devient une nouvelle «pathologie», le santéisme), elle est souvent le levier, le moyen de réaliser quelque chose, de vivre. Corollairement, sans le savoir expert et professionnel des soignants, les patients ne peuvent comprendre tous leurs besoins de santé, notamment en matière de prévention où il faut au moins percevoir le risque pour envisager d'agir. Enfin, les savoirs des deux «acteurs» de l'éducation et des soins se complètent de celui, plus large et général, que la recherche et la modélisation permettent de construire. Le fossé entre théorie et pratique est bien réel, l'un ayant besoin de l'autre pour une meilleure compréhension du réel et des situations vécues. La place des modèles et théories explicatifs des comportements de santé, comme cadres globaux permettant de comprendre (c'est-à-dire de saisir globalement) le problème posé à l'éducateur pour la santé, est probablement ici, ni plus, ni moins. Vouloir leur donner le pouvoir de définir exclusivement le cadre de l'analyse des besoins (et plus tard dans le projet de définir les effets possibles et les résultats des interventions éducatives) est une exagération de leur capacité à pouvoir aider le praticien.

Une triple approche simultanée des besoins de santé et d'éducation (et de promotion de la santé), profane, professionnelle et théorique semble capable de combler les lacunes, mais sans résoudre tous les problèmes notamment éthiques déjà posés, puisque les choix, conscients ou non, explicites ou non de chacun des partenaires de cette analyse des besoins restent déterminés par les valeurs qui leur sont propres. Ce qu'illustre bien la citation: «si l'on perçoit tous les problèmes comme des clous, on ne pourra créer que des marteaux pour les résoudre».

Alain Deccache, professeur, directeur de l'Unité d'Education pour la Santé RESO - Université catholique de Louvain. ■

Le premier orateur du colloque 2, le Dr Laperche, a abordé la question «Prévention et éducation en médecine générale». Education Santé a déjà publié l'an dernier l'essentiel de son intervention. Nous renvoyons le lecteur intéressé au texte «La prévention, côté soignant - côté patients», de Valérie Delpierre et Jean Laperche, n° 88, pp. 9-14.

éducatif, des problèmes d'organisation des soins sont chaque fois soulevés par les soignants eux-mêmes. Selon les cas, les raisons peuvent être variées:

- L'existence d'un hiatus entre la demande institutionnelle (de formation à l'éducation du patient) et la situation jugée prioritaire par les soignants (existence de problèmes organisationnels influençant les activités d'éducation pour la santé).

- L'influence de la cohérence et de la diversité des sources d'information du patient dans les équipes, sur les contenus de l'éducation. C'est le cas lorsque les soignants communiquent des informations contradictoires...

- L'influence du type d'organisation des soins sur la manière et les possibilités de prise en charge éducative des patients. Un exemple est celui de la prise en charge de patients chroniques dans des unités de soins aux structures héritées du modèle de prise en charge des maladies infectieuses aiguës (accompagnement de courte durée et dans lequel il y a peu de place pour des patients «actifs»).

- L'influence du «projet de service», et plus particulièrement des objectifs de soins et du modèle dominant de santé et d'éducation dans l'unité, sur les pratiques éducatives.

- Le fait que la démarche thérapeutique, tant médicale qu'infirmière ou paramédicale, soit exclusivement fondée sur des processus de résolution de problèmes, que ces problèmes soient existants (solution curative) ou potentiels (solution préventive). Ces démarches «réactives» rendent très improbables et difficiles des actions prospectives, de promotion de la santé, dans une logique de santé (les patients parlent souvent de leur état en termes de santé et non de maladie) en plus de la logique de maladie, dans laquelle fonctionnent les soignants (à juste titre).

- L'absence de cohérence dans le fonctionnement de certaines équipes de soins, où chaque catégorie de soignants possède un «schéma» d'intervention propre et autonome sans que des moments et lieux de rencontre et de coordination n'existent, sans recherche de cohérence dans la stratégie thérapeutique ou éducative.

La recherche d'un fonctionnement plus multiprofessionnel, plus intégré (par opposition à une différenciation entre fonc-

tions des membres de l'équipe soignante), plus interdisciplinaire (c'est-à-dire ouvert à d'autres disciplines que celle de la santé et des soins), dans les soins et dans l'éducation, inséparables, semble une réponse au phénomène de double demande d'intervention et de formation. De plus, l'intégration de ces sujets dans les «programmes» de formation à l'éducation du patient, en plus des thèmes habituels relatifs aux compétences d'éducation pour la santé (communication, pédagogie, didactique, etc...) peut aider à trouver la cohérence recherchée.

### Comment former efficacement?

Par ailleurs, et c'est le deuxième point de mon intervention, l'objectif des «soignants-éducateurs», dans les collaborations de formation et d'accompagnement de projets éducatifs, est de trouver une réponse à la question «comment parvenir à réaliser un travail d'éducation pour la santé du patient plus efficace et de meilleure qualité?». En tant que formateur et intervenant, notre propre objectif est semblable: «comment former efficacement ces soignants?».

Ces questions amènent naturellement à chercher des solutions dans les méthodes, les techniques, voire les recettes d'éducation pour la santé. Dans le domaine des soins infirmiers, l'utilisation faite de la «démarche de soins» illustre le risque de réduction dont je veux parler. Issue d'une philosophie de soins, cette démarche est un «ensemble de techniques et de procédés, rassemblés en une méthode, elle-même justifiée par une théorie», une certaine vision de la relation de soins (et issue de cette dernière). Or, dans la pratique, la démarche en soins infirmiers semble, de l'aveu même de ceux et celles qui s'en inspirent réduite à une série de techniques et

de trucs dont peu de soignants connaissent les raisons... et que peu sont capables de remettre en question et de faire évoluer.

Si le comment (c'est-à-dire la méthode) est lié au quoi et sur quoi (la théorie), alors toute formation et toute intervention se doivent de:

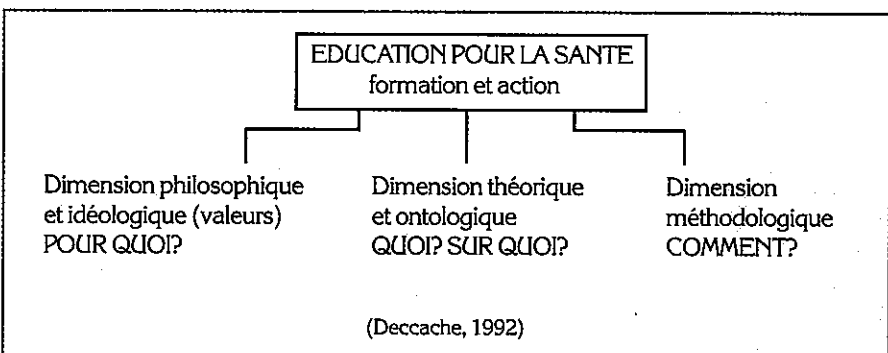
- clarifier et expliciter les théories choisies, et qui fondent et légitiment les méthodes et techniques employées, et

- inclure l'apprentissage de la ou des théories en question dans le projet de formation ou d'intervention éducative.

Plus encore, le choix même d'une théorie n'est pas neutre, et n'a que peu à voir avec les compétences professionnelles. Pour bien des soignants ou des éducateurs pour la santé, la compétence réside dans le choix d'une théorie et son application correcte (c'est-à-dire valide). Toute perspective théorique procède de choix de valeurs, philosophiques ou idéologiques, et de la hiérarchie et de l'importance que le théoricien et le professionnel leur attribuent. Il devient donc aussi indispensable d'amener les soignants à clarifier leurs choix de valeurs, préalablement à un choix de théorie. Enfin, toute formation qui se limiterait à enseigner une ou plusieurs théories de manière dogmatique, non-critique et sans en dévoiler les fondements (et donc les conséquences) présenterait de sérieux problèmes sur le plan de l'éthique. De tels types de formation ne sont pas rares, même en éducation pour la santé.

### Clarifier les valeurs

L'articulation cohérente des trois dimensions de l'éducation pour la santé (du patient) rappelées ici est un objectif primordial de toute formation et intervention visant à accompagner le développement d'un projet éducatif (ce qui constitue l'essentiel de l'activité des pro-



# Colloque 2: relation soignant-soigné

## La relation pédagogique dans l'éducation du patient

Le but de cette communication est de proposer une réflexion sur la relation pédagogique entre soignant et patient. Nous l'envisagerons au travers de notre expérience de formateur d'éducateur de patient. Ce qui explique que nous nous situons alternativement sur le plan des relations éducateur-patient et formateur-éducateur.

### Quels buts?

Une formation pédagogique d'éducateur du patient devrait poursuivre deux buts étroitement liés. Le premier consisterait à permettre au soignant de réfléchir sur son propre parcours et processus d'apprentissage. Il devrait être amené à comprendre ses choix pédagogiques en regard des modèles pédagogiques scolaires, universitaires qui l'ont façonné, et de ceux encore plus prégnants des apprentissages familiaux et de toutes les circonstances de la vie. A partir de cette tentative de clarifier tout un patrimoine d'expériences pédagogiques, on amènerait le soignant à réfléchir sur la spécificité d'une pédagogie du patient atteint d'une maladie de longue durée et, confronté à sa pratique et aux données de la pédagogie générale, d'en donner un sens.

Ce premier but, non pas atteint mais tout au moins amorcé, permettrait d'envisager progressivement et plus aisément le second but qui consisterait à favoriser chez ce même soignant l'acquisition, la formalisation et la mise en oeuvre d'une démarche éducative cohérente et spécifique à l'éducation du patient.

La maîtrise de cette double capacité de réflexion sur une pédagogie spécifique à l'éducation du patient et sa formalisation est d'autant plus importante chez l'éducateur qu'il se trouve dans une position très particulière, caractéristique peut-être de ce que certains appellent «les pédagogies du handicap» (1), à savoir qu'il n'a pas été et ne sera peut-être jamais à la place de celui qu'il forme. Cette position fait que l'éducateur forme à quelque chose qu'il n'a jamais connu. Il ne peut donc être vraisemblablement le tenant absolu de la pédagogie mise en oeuvre. Il est plus que tout autre formateur un acteur-observateur de cette pédagogie.

C'est ainsi que tout en se devant de rationaliser et de formaliser une démarche pédagogique, il se doit en permanence de la dépasser, de l'enrichir à chaque fois que la relation soignant-soigné lui en offre l'occasion. L'éducateur de patient se situe donc dans un processus de recherche-action parce qu'il doit répondre à au moins deux questions: «qu'est-ce qui diffère l'éducation du patient des autres formes d'éducation?», «En quoi cette pédagogie participe-t-elle à une meilleure thérapeutique?»

Pour relever le défi éducatif, outre sa compétence médicale et de soin, le soignant doit donc acquérir une véritable compétence psycho-pédagogique.

Et c'est dans cette perspective non exempte d'interrogations et de doutes que le formateur d'éducateur doit guider les participants.

### Quelle démarche éducative?

Dans notre conception de formation de formateur, cette guidance s'appuie sur une proposition de démarche éducative du patient basée sur une approche systématique. Cette approche convient parfaitement, selon nous, à l'éducation du patient, dans la mesure où elle est adaptée aux formations finalisées aboutissant à des compétences, ce qui est le cas pour le patient. (2) L'approche est schématiquement décomposée en quatre étapes interdépendantes et dans laquelle la première et la dernière étape se rejoignent. On distingue ainsi:

- le diagnostic éducatif;
- le contrat d'éducation;
- la mise en oeuvre du contrat d'éducation;
- l'évaluation du contrat d'éducation.

Cette approche n'est pas un cadre rigide et son suivi assure une cohérence éducative. Chaque étape permet d'intégrer plus facilement les différents aspects de la prise en charge thérapeutique, c'est-à-dire médicaux, psychologiques, sociaux et pédagogiques.

C'est ainsi que dans une formation d'éducateur, chaque étape est vue dans la perspective développée plus haut:

- réflexion de l'éducateur sur son propre apprentissage;
- recherche de la spécificité d'une pédagogie du patient (postulat théorique);
- mise en oeuvre d'une démarche et maîtrise des techniques éducatives qui en découlent.

Nous envisageons donc les quatre phases en essayant de préciser pour chacune d'elles quelques caractéristiques.

### Le diagnostic éducatif

(...) Le diagnostic éducatif est la première étape de la démarche d'éducation qui permet d'appréhender la personnalité du patient, d'identifier ses besoins, d'évaluer ses potentialités, de prendre en compte ses demandes, de tenir compte de ses projets dans le but de proposer un programme d'éducation personnalisé (...)(2).

Proposer un programme personnalisé à un patient ne signifie pas uniquement proposer un contenu adapté. Cela veut dire aussi que le patient est réellement actif dans cette personnalisation d'une part par l'expression d'une demande mais, d'autre part, par sa capacité à développer sa propre méthodologie de santé, à devenir un expert de sa maladie.

Pour cela, il faut que l'éducateur développe deux axes de travail. Le premier concerne le parcours d'apprentissage du patient, le second doit s'intéresser au processus d'apprentissage.

### Le parcours d'apprentissage

Il semble nécessaire que le patient resitue ce nouvel apprentissage en relation avec sa maladie et comme tout nouvel apprentissage exprime ses sentiments, son opinion sur ce qui constitue l'acte d'apprendre. C'est ainsi que l'éducateur peut aider le patient à mieux comprendre d'éventuelles appréhensions, à mieux déterminer certaines réticences envers ce que certaines équipes appellent des cours, des semaines d'éducation, des salles d'enseignement, à chercher des a priori négatifs liés par exemple à des situations pédagogiques antérieures d'échec. La façon qu'aura instantanément le patient d'aborder la

phase d'apprentissage peut se comprendre et s'expliquer en regard de son stade d'acceptation de la maladie mais aussi en regard de son propre parcours éducatif. A un autre niveau, il peut s'agir d'amener le patient à savoir s'il reconduit des situations éducatives. Qu'est-ce qui peut en expliquer la continuité malgré parfois des années d'interruption? Quelle est la nature de ce lien? (3)

Il semble donc important que l'éducateur fasse la même démarche et puisse situer lui-même ce moment d'apprentissage qu'est sa formation d'éducateur et lui assigne une autre signification que celle d'un simple apport technique de compétence. Retrouve-t-il lui-même une continuité pédagogique, une cohérence, une logique à travers son parcours de formation? Ce questionnement est important parce qu'il amène le participant à envisager son choix de formation par rapport à son récit de vie. Que dévoile la formation du récit de vie du soignant? Cette approche n'est pas sans conséquences sur la modification de sa conception, de sa mentalité, parce qu'elle le pousse à expliquer des attentes, à clarifier et à donner du sens à l'intention de se former et de former.

### Le processus d'apprentissage

Le processus d'apprentissage du patient est unique, individuel, constructif, et les connaissances antérieures y jouent un grand rôle (4). C'est ainsi que l'éducation doit dorénavant s'appuyer sur ce que savent les apprenants, sur leurs représentations cognitives et sociales, sur ce qu'ils sont. Un apprenant n'est jamais vierge d'expériences et de savoirs, il en est de même du patient par rapport à sa maladie.

Il faut donc que l'éducateur cherche plus à découvrir qui est le patient, ce qu'il sait. Il doit chercher à explorer ses connaissances, afin de déterminer si elles sont erronées ou correctes, il doit chercher à comprendre comment le patient s'est construit ses connaissances, à investiguer ses modes de raisonnement, la mise en lien de ses connaissances, sa manière de résoudre un problème, de telle manière à le faire réfléchir sur son apprentissage.

L'ensemble de ces investigations sur le parcours et le processus d'apprentissage sont autant d'éléments d'une rencontre qui doit permettre au soignant d'aider le patient à réfléchir sur son

propre apprentissage et donc à élaborer progressivement sa méthodologie de santé c'est-à-dire construire une expertise de sa maladie.

### Le contrat d'éducation

La deuxième étape concerne les objectifs du patient et les contrats d'éducation.

Le diagnostic éducatif permet d'aboutir à des buts, à des objectifs que l'on assigne au patient en accord avec lui et qu'il doit pouvoir maîtriser à la fin d'une séquence d'éducation. Cet accord constitue un contrat qui signe un engagement des patients et du soignant sur les buts à atteindre.

Le principe directeur mis en exergue lors de cette étape est la continuité d'une éducation centrée sur le patient. La définition des objectifs pédagogiques sont un bon témoin de cette orientation ainsi que le changement du type de relation entre les soignants et le patient. Passant d'un rapport directif et paternaliste, la prise en charge des malades de longue durée s'appuie sur un ensemble de stratégies relationnelles contractualisées, parmi lesquelles on retrouve les notions de partenariat, de négociation, de réciprocité mutuelle.

Il est important d'aborder avec les éducateurs ce qui fonde ce nouveau type de relation, de telle manière à clarifier les nouveaux rôles, car obligatoirement ils devront être expliqués. Une des hypothèses proposées ici considère que le patient doit développer sa propre méthodologie de la santé. Ce faisant, le soignant et le soigné peuvent établir une relation d'expert à expert. Il ne s'agit donc plus d'un rapport d'une personne qui sait à une personne qui ne sait rien, mais bien un rapport entre des savoirs communs et différents et qui doivent fonctionner pour le succès de la relation thérapeutique.

Par l'instauration de cette relation d'experts, on peut envisager que le patient dépasse cette incontournable gestion de la dépendance avec le soignant et avec la maladie. On entrevoit là une possibilité de dépassement du soignant par le soigné, dans la mesure où la méthodologie, l'expertise qu'il élabore sont uniques, individuelles. C'est dans leur plus grande compréhension par le patient, parce qu'elles sont siennes, qu'il dépasse celui qui l'aide dans cette tentative. Il peut dépasser, peut-être également sa dépendance à la maladie dans

la mesure où il possède les outils opératoires pour intégrer les impératifs de la maladie à sa vie et réaliser ses projets.

### La mise en oeuvre du contrat d'éducation

La troisième étape permet d'évoquer la mise en oeuvre des contrats.

La planification de programme consiste à organiser dans le temps des séquences d'enseignement/apprentissage dont le suivi par le patient doit lui permettre d'atteindre les objectifs fixés lors du contrat.

Cette planification relève pour l'essentiel de principes d'organisation et de leur maîtrise technique. Cependant, cette étape de formation est propice à questionnement.

A partir de quelques interrogations comme par exemple: "Comment j'apprends? Puis-je décrire une situation dans laquelle j'ai l'impression d'apprendre? Puis-je me rappeler le moment à partir duquel j'ai eu l'impression de prendre conscience de mon apprentissage?", l'éducateur prend conscience de son choix des méthodes d'apprentissage. Il prend également conscience de ce que P. Dominicé appelle si joliment "les savoirs de contre-bande" (3), c'est-à-dire tout ce que l'on a appris qui ne nous ait pas été formellement enseigné. Ce qui importe ici, pour le soignant, est de lui permettre de poursuivre sa réflexion sur le processus d'apprentissage. De montrer que la reconnaissance d'un savoir dépasse de loin titre, diplôme et légitimité et qu'il faille s'intéresser aussi au savoir pertinent dont le patient est souvent producteur.

Cette étape amène les éducateurs à réfléchir sur ce qui favorise la construction des savoirs, le leur, et à rechercher des méthodes pédagogiques, des séquences d'enseignement-apprentissage qui aident le patient à en comprendre la genèse, à les formaliser, à les organiser et à rendre ses savoirs officiels et de contre-bande valides et immédiatement utilisables.

### L'évaluation du contrat d'éducation

La quatrième étape qui structure la formation des éducateurs de patient concerne l'évaluation.

dans la pratique quotidienne se révélaient peu importantes.

Dans ma seconde année de fonction, plusieurs actions furent mises en place.

- J'ai animé une série de séminaires de «construction» de programmes. Ces séminaires, plus pragmatiques, décortiquaient la relation éducative en abordant la communication, les étapes de l'élaboration d'un programme ou encore les différents modes d'évaluation.

- Une journée de rencontres, d'exposés, de tables rondes et d'ateliers, nommée «le Printemps de l'éducation du patient de l'Hôpital Erasme», a réuni un grand nombre de travailleurs de la santé de l'institution. Il serait fastidieux de détailler ici tous les travaux réalisés pendant cette journée... Vu le succès de cette journée et la satisfaction des participants, nous avons décidé de la reproduire systématiquement tous les ans.

- Ma participation au sein de cycle de formation «par pathologie» a également été instaurée.

- Des conférences sur base de thèmes ciblés (comme "l'éducation du patient - effets et limites») ont également été organisées, en collaboration avec S.Farine, diététicienne, avec laquelle je collabore régulièrement.

- Des réunions de formation, suite à la mise en place d'une procédure d'information systématique des patients sur les examens médicaux, ont eu lieu dans le cadre des séances d'information «flash» du département infirmier.

- Enfin, nous avons également organisé des séances de formation décentrali-

sées dans les unités de soins, ceci sur divers aspects de l'éducation aux patients.

Pendant l'année 1995, nous poursuivons les actions mises en place en 1994.

Dans un futur proche, des séminaires interactifs travaillant de manière pragmatique la relation éducative avec le patient verront le jour. Nous y appliquerons des techniques dynamiques d'animation de groupe, de même que des moyens audiovisuels qui permettent de travailler plus efficacement les comportements de chacun dans sa relation avec l'autre.

### Le coordinateur se formant lui-même

Il est évident que toute personne réalisant des formations doit avant tout rester en permanence formé lui-même!

Les moyens classiques ne manquent pas, et en tant qu'infirmier coordinateur en éducation du patient dans un hôpital universitaire, je tente de multiplier mes moments de formation personnelle. Les méthodes les plus utilisées sont les recherches bibliographiques systématiques (par Medline) ou générales, les congrès ou les séminaires extérieurs, les rencontres internationales ou encore les séminaires donnés à l'intérieur de l'institution et qui permettent d'approcher certaines réalités par rapport à des pathologies spécifiques.

La rencontre avec d'autres coordinateurs, ainsi que des séances de travail et de recherches spécifiques avec ceux-ci,

nous permettent de progresser dans les démarches que nous appliquons individuellement. Le Comité Interinstitutionnel en Education du Patient a partiellement rempli ce rôle, l'Association des Infirmières en Education du Patient y travaille actuellement.

Une dernière voie d'auto-formation qui me semble riche d'enseignements est constituée par l'écoute et la relation que j'ai la chance d'avoir, tant avec le personnel soignant qu'avec les patients. En effet, comme ma fonction de coordination ne représente pas actuellement un temps-plein, j'ai l'occasion de travailler sur le terrain en unité de diabétologie et d'endocrinologie.

L'écoute de la vie des patients, de même que des contraintes du travail des soignants, me permet d'adapter mes démarches éducatives à leurs réalités. Même si je ne pense pas encore être optimal dans ces démarches, je suis néanmoins persuadé qu'elles ne sont pas trop éloignées de ce que vivent les deux acteurs principaux de la relation éducative. En l'absence de cette approche de leurs vécus, je crains que les discours de certains théoriciens en éducation du patient ne soient vides de sens! J'espère donc pouvoir à l'avenir garder un contact pragmatique et bien réel avec la réalité de celui pour lequel nous travaillons avant tout: le patient.

Jacques Dumont, Infirmier conseil en éducation du patient, ULB, Hôpital Erasme, Bruxelles ■

## ■ Former à l'éducation pour la santé du patient: relation soignant-soigné et relation soignant-soignant

Pour alimenter le débat prévu dans ce colloque, j'ai choisi de vous soumettre deux problèmes qui se posent dans toute activité de formation et d'accompagnement de projets éducatifs en éducation du patient, et qui influencent directement la nature du travail éducatif et sa qualité.

Le premier concerne l'apparition, souvent implicite, d'une demande de travail

sur la relation entre soignants, corollairement aux demandes de formation (explicites) à la communication éducative avec les patients.

Le deuxième est lié à l'explication et la signification des demandes de formation, lorsqu'elles sont exclusivement (c'est la majorité des cas) limitées aux méthodes éducatives, visant l'amélioration de l'efficacité de l'éducation pour la santé.

### Pour un fonctionnement intégré et interdisciplinaire

En effectuant, préalablement à toute intervention éducative avec des patients, des analyses de situation, c'est-à-dire de la demande, des problèmes, des besoins et du fonctionnement du projet

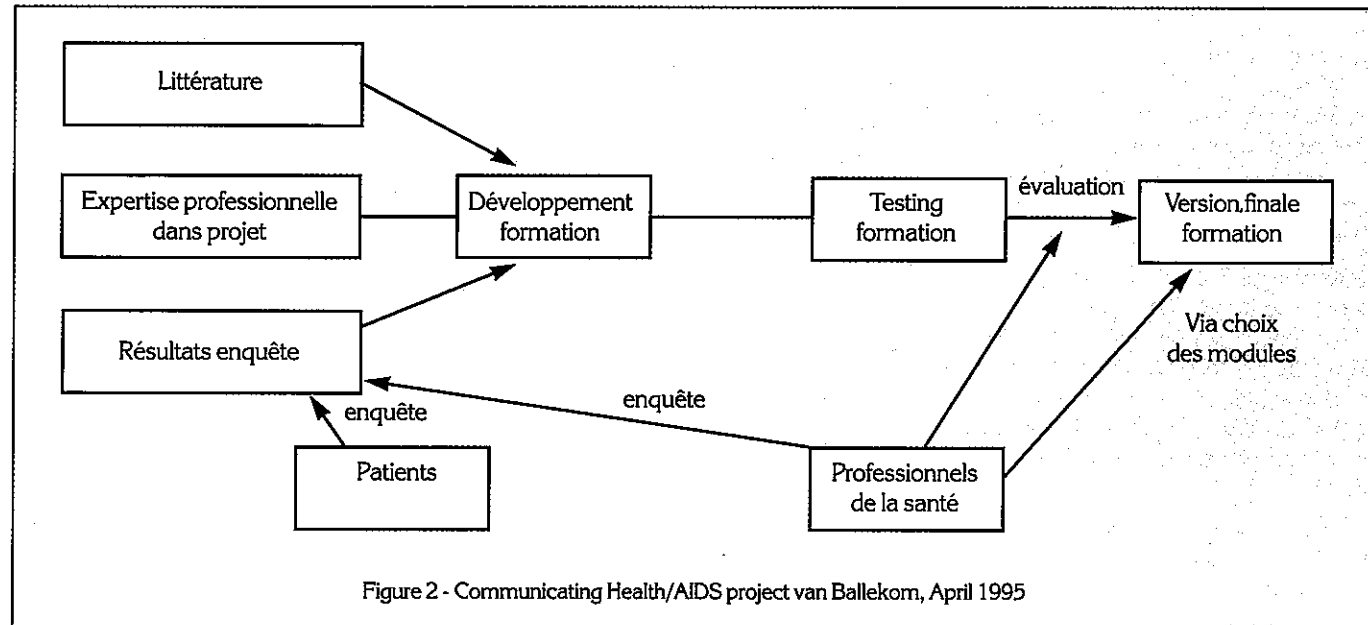


Figure 2 - Communicating Health/AIDS project van Ballekom, April 1995

On a commencé par cela dans la phase de l'enquête et on recommence avec le testing de la formation. Mais aussi avec le modèle de certains modules que l'on peut choisir selon les besoins des médecins qui vont suivre la formation. On aurait voulu savoir comment les patients évaluent la communication de leurs médecins après la formation. Malheureusement, cela n'était pas possible en raison de la durée limitée du projet (16 mois).

Pour conclure, une remarque générale. Parmi de nombreuses choses, ce qu'il faut retenir c'est qu'en formant les médecins, nous devrions être très conscients de les éduquer d'une façon cohérente avec la manière dont nous leur apprenons à communiquer avec leurs patients. Il faut donc être très attentif à leurs besoins, leur niveau d'intérêt, leurs croyances par rapport au déroulement d'une consultation. Il faut les écouter, essayer d'imaginer leurs conditions

de travail, prendre le temps d'écouter et de gérer leurs émotions par rapport aux patients séropositifs ou sidéens, être concret dans les explications relatives à l'éducation du patient.

K.P. van Ballekom, A. Deccache, C. Renard, Ph. Meremans, Unité d'Éducation pour la Santé, RESO, Université Catholique de Louvain, Centre d'Éducation du Patient. ■

## ■ Formation et auto-formation dans le cadre d'une fonction de coordination en éducation du patient

J'occupe depuis septembre 1992, la fonction d'infirmier conseil en éducation aux patients de l'Hôpital Erasme, hôpital universitaire de près de 835 lits. En tant qu'infirmier, licencié en éducation à la santé, je dépends hiérarchiquement, actuellement, de la Direction des soins infirmiers. J'occupe au sein de ce département une position «staff», de même que d'autres infirmières comme celles qui ont la stomatothérapie ou la clinique de la douleur dans leurs attributions. Si je dépends hiérarchiquement du département des soins infirmiers, ma pratique de tous les jours est orientée vers des relations fonctionnelles interdisciplinaires. Il est évident que l'ensemble des actions éducatives

qui existent dans notre institution sont développées majoritairement dans un esprit pluridisciplinaire. Ceci dans le cadre d'une franche collaboration entre les différents paramédicaux, le corps médical et le personnel infirmier. Les semaines d'éducation pour les patients diabétiques, les «samedis» d'éducation des patients asthmatiques ou encore les programmes existants pour les patients schizophrènes n'en sont que quelques exemples. Il est utile de signaler que l'éducation aux patients n'est pas la chasse gardée du «coordinateur en éducation du patient», et que donc chaque programme existant dans l'institution ne doit pas passer par ses mains pour pouvoir exister!

### Le coordinateur en éducation du patient comme formateur...

Les activités de formation vers le personnel de l'institution ont connu une évolution certaine, depuis leurs débuts en 1992.

Dans ma première année de fonction, des séminaires assez «magistraux» ont été présentés par différents intervenants extérieurs (Raymond Grenier, Montréal, Charles Henri Russon, Communauté Française, ou encore Alain Deccache). Même si globalement les évaluations étaient satisfaisantes, les répercussions

Dépassé le stade de la technicité, l'évaluation soulève une question fondamentale qu'il faut aborder avec les éducateurs parce qu'en découle en grande partie la relation pédagogique. Que signifie la norme de santé chez un patient atteint d'une maladie de longue durée? De par son expertise, le patient en établit-il lui-même le seuil? Faut-il alors parler de fonctionnement dans lequel l'ensemble des indicateurs qui déterminent ce qui constitue l'acceptable biologique, l'acceptable psychologique, l'acceptable social soit défini par le soignant mais aussi le patient?

Cependant, en disant cela, nous offrons la possibilité qu'en fixant en partie la norme, le patient soit tenu responsable des résultats. Ce qui serait contraire, selon nous, au but de l'éducation du patient. Le patient ne devrait être jamais tenu responsable de sa maladie, ni des complications.

La relation pédagogique caractérisée par la rigueur sur les buts à atteindre et

la tolérance sur les résultats obtenus ne veut que responsabiliser le patient à ses propres yeux. Elle engage, elle responsabilise les acteurs sur le processus et jamais sur le résultat

### La relation entre deux experts...

En guise de conclusion, nous souhaitons retenir le rapport qui s'établit progressivement entre deux expertises: celle du soignant sur la maladie et celle du patient sur sa maladie. Accepter le principe que le patient est un expert permet d'équilibrer la relation soignant-soigné. On cherche plus, maintenant, à comprendre une architecture profane qu'à transférer immédiatement des connaissances savantes. Tout l'enjeu réside pour le soignant et le patient à savoir à partir de quand cette expertise profane est fonctionnelle pour qu'elle assure au patient une sécurité, permette de retarder le plus longtemps possible les com-

plications inhérentes à sa maladie et lui permette de vivre ses projets.

Rémi Gagnayre, Département de Pédagogie des Sciences de la Santé, Centre collaborateur OMS pour les Personnels de Santé, UFR de Médecine de Bobigny, Université Paris-Nord, France ■

### Références bibliographiques

- (1) Dominic P. (1994), Histoire de vie comme processus de formation, Paris, L'harmattan.
- (2) Ivernois (d') J.F., Gagnayre F. (1995), Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique, Paris, Vigot.
- (3) De Landsheere V. (1992), L'éducation et la formation, Paris, PUF.
- (4) Tardif J. (1994), Pour un enseignement stratégique, l'apport de la psychologie cognitive, Montréal, Ed. LOGIQUES.

## ■ La communication médecins - patients dans le contexte du sida: un projet européen de formation 1991 - 1995

Cette communication s'inscrit dans le cadre de la relation soignant-soigné, où les patients sont séropositifs ou malades du sida. C'est une relation où la communication revêt un aspect très particulier et important. Une relation, comme nous le constaterons plus tard, où la communication n'est pas toujours utilisée à son potentiel maximum.

Cette relation n'est pas aisée en raison des facteurs suivants:

- la perspective de la phase terminale,
- les risques de contamination,
- la nécessité des mesures de prévention,
- les problèmes liés à la sexualité,
- l'âge jeune des personnes touchées,
- les problèmes liés à une homo- ou bi-sexualité éventuelle,
- les problèmes liés à une éventuelle toxicomanie,
- les problèmes liés à une éventuelle pratique de la prostitution,

- la complexité de la maladie,
- la confidentialité envers l'entourage, l'emploi, les amis,
- le risque de marginalisation personnelle, professionnelle, sociale,
- le caractère imprévisible de la progression de la maladie.

Quelle est la place de l'éducateur pour la santé, comme acteur et formateur autour de cette relation?

Quels sont les problèmes (des patients et des soignants) dans la communication et quels sont les exemples de pratique efficace?

Quels sont les besoins des patients et soignants par rapport à la communication en prise en charge et prévention?

### Origine et description du projet européen

A plusieurs occasions, en 1990 et 91, un petit groupe de professionnels de dif-

férents pays d'Europe se sont réunis autour de l'idée de collaborer sur des projets de formation/communication pour les professionnels de la santé.

En 1992, cela a abouti à un projet sur le sida. Le choix du thème du sida était l'aboutissement d'une série de conditions et de discussions, mais l'argument déterminant de ce choix a été la complexité de la communication entre le soigné et le soignant dans le cas du sida. Si on réussit à développer quelque chose de valable dans ce domaine, il y a une grande possibilité que cela soit utile aussi pour des formations destinées à des soignants qui traitent des patients souffrant de maladies chroniques.

Neuf pays collaborent à ce projet européen, afin de développer une formation destinée à des médecins et relative à la communication avec des patients séropositifs/sidéens.

La Commission Européenne subsidie en grande partie ce projet.

Depuis 1992 le projet a connu deux étapes:

Première étape (1992-1993)

1a. La phase de recherche théorique: revue de littérature.

1b. Une enquête auprès des médecins et des patients, dans cinq pays européens.

1c. Le développement d'un premier concept de formation.

Deuxième étape (1994-1995)

2a. Le testing de la formation auprès de médecins généralistes dans les huit pays participants.

2b. La modification de la formation, après évaluation.

2c. La diffusion de la formation.

On se trouve maintenant dans la phase 2a.

Le choix des médecins comme premier point de focalisation pour ce projet est le résultat du débat entre les participants des pays européens qui collaborent. Il était évident que dans tous les pays, et plus encore pour l'avenir que pour le présent, les médecins (généralistes) constituent le groupe où se retrouveront de nombreux patients.

Le projet ne porte pas directement sur la prévention primaire, mais davantage sur l'amélioration de la prise en charge des personnes séropositives et sidéennes dans le contexte de la communication entre soigné et soignant. L'idée est aussi qu'une bonne communication du professionnel de la santé aura également un effet favorable sur la prévention primaire (1).

### 1a. La phase de recherche de littérature

La recherche et l'analyse de la littérature existante a apporté des informations générales sur la communication entre patient et médecin. De nombreux instruments ont été développés pour analyser l'interaction entre les médecins et les patients. L'importance de la communication verbale et non verbale a été mise en évidence. Dans le domaine du sida et de la communication entre soignant et soigné, il est difficile de trouver de la littérature spécifique. Le domaine du cancer a été particulièrement étudié dans cette recherche, en raison des similitudes de situations.

### 1b. L'enquête auprès des médecins et des patients

A partir des recherches préalables et en concertation avec les pays participant au projet, plusieurs facteurs intervenant dans le processus de la communication patient/soignant ont été identifiés et classifiés. Des questions ont ensuite été élaborées en vue de la mise en forme des questionnaires.

Les questionnaires ont été prétestés auprès d'un échantillon de médecins généralistes ou hospitaliers et de personnes séropositives ou malades du sida. Les patients ont également été interrogés car le professionnel de la santé croit souvent savoir ce que les patients pensent, alors que la réalité donne souvent une autre image.

L'enquête est centrée sur l'importance, l'existence et la qualité de la communication mais aussi sur les besoins et souhaits par rapport à cette communication. Un recueil des données a eu lieu dans cinq pays européens.

### Communication médecin-patient: quelques résultats en Communauté française

Pour être plus spécifique, voici les résultats pour la partie francophone de la Belgique (2).

70 questionnaires destinés aux médecins ont été distribués et 125 questionnaires destinés aux patients ont été répartis parmi ces médecins. 32 questionnaires destinés aux patients nous sont parvenus et 26 questionnaires destinés aux médecins nous ont été remis complétés.

Ce nombre s'explique par le fait que les médecins ne rencontrent pas l'ensemble de leurs patients séropositifs en un laps de temps relativement court. D'autre part, la distribution des questionnaires entre les médecins est relativement lente parce que les médecins ne se rencontrent pas très souvent. Tous les questionnaires qui ont été distribués étaient annexés d'une enveloppe timbrée de manière à ce que le coût ne soit pas un obstacle à la participation des personnes.

Les items dans les questionnaires présentent une symétrie entre, d'une part,

les questions aux médecins généralistes ou spécialistes et, d'autre part, les questions aux personnes séropositives ou malades du sida. Ceci a été constitué afin de permettre des comparaisons entre les besoins exprimés par les uns et les autres et ainsi de mieux percevoir les éventuelles distorsions entre les perceptions de départ de ces deux groupes-cibles.

### Quelques résultats:

La relation entre patients et médecins est reconnue de part et d'autre (pour les patients comme pour les médecins) comme importante. Pour près de 9 patients sur 10, le médecin traitant est la personne la mieux habilitée à entendre, peut-être à comprendre, les sentiments ressentis par le patient.

### Des difficultés...

Mais plusieurs difficultés apparaissent dans le vécu de cette relation:

- Plus de 4 patients sur 10 estiment que leur médecin n'est pas intéressé par ce qu'ils (elles) vivent et près de 3 patients sur 10 jugent que leur médecin n'est pas suffisamment attentif à ce qu'ils disent.

- Le soutien psychologique et l'échange d'informations, bien que jugés importants par les patients, ne sont pas perçus par plusieurs d'entre eux comme des préoccupations de leur médecin. Les médecins indiquent aussi des priorités dans ce domaine-là pour les psychologues.

- Plus d'un tiers des patients estiment que la relation avec leur médecin n'est pas basée sur la compréhension, un peu plus de la moitié expriment que cette relation n'est pas aisée et près d'un cinquième la vivent comme conflictuelle.

- Si 8 patients sur 10 déclarent que la relation est positive, 6 patients sur 10 jugent qu'elle pourrait être améliorée et un patient sur 5 estime cette relation médiocre.

(1) Renard C., van Ballekom K., Deccache A. Enquête sur les perceptions et difficultés de communication entre patients sidéens ou séropositifs et leurs médecins. Rapport national belge pour la CEE (Communicating Health/AIDS), Bruxelles, octobre 1994.

(2) Communicating Health/AIDS. Report on the first stage of a European project. Brussels, October 1993.

(Suite en page 27)

(Suite de la page 22)

Quelles sont les difficultés liées aux contenus mêmes de la relation?

- L'abord de questions liées à la sexualité, à la mort, au mode de vie constitue une difficulté importante. Pour le patient et, semble-t-il, plus encore pour le médecin, il n'est pas simple d'aborder ces thèmes (figure 1).

Cette difficulté, si elle est un frein probable à la qualité de la relation, pose également un problème sur le plan de la prévention et de l'éducation du patient (surtout quand il est apparu que pour près d'un médecin sur trois, l'éducation du patient représente une difficulté majeure).

- Du côté des médecins, la difficulté liée à une certaine «impuissance médicale», à l'annonce du diagnostic ou de mauvais résultats sanguins, à l'état de santé du patient semble également importante. Ils se sentent démunis.

Les sentiments vécus par les patients depuis leur diagnostic de séropositivité ont également fait l'objet d'une question auprès des médecins et des patients. Le sentiment qui prédomine chez les patients est la résolution de lutter contre la séropositivité ou la maladie (84%). L'anxiété est également fortement ressentie (81%). Les autres sentiments, positifs (comme la confiance, l'écoute, le soutien) ou non (le désintérêt des autres, la culpabilité, le jugement, la honte, l'abandon, le rejet, la colère) sont diversement ressentis chez l'ensemble des patients (entre 31 et 53% d'entre eux selon le cas). Il est rare que les réponses des médecins à la question por-

tant sur le sentiment qui prédomine chez leur patients coïncident avec les réponses obtenues chez les patients.

Patients et médecins perçoivent d'ailleurs ensemble l'importance d'une meilleure communication.

### Des souhaits de formation

Les questions portant sur le type de formation souhaitée par les médecins donne une préférence à une formation de groupe, avec d'autres médecins ou d'autres membres de l'équipe de soins, sous forme de cours donnés par des spécialistes sur base de livres ou documents. Les contenus de formation souhaités sont très variables suivant les médecins et il est difficile de déterminer un contenu qui soit reconnu pertinent pour tous. En effet, nous ne pouvons exclure aucun des contenus proposés dans la mesure où ils intéressent tous au moins 50% des médecins consultés. Les thèmes qui retiennent davantage l'attention des médecins sont la transmission de l'information aux patients, le travail d'accompagnement face à la mort et la communication dans la relation d'aide. Nous trouvons ensuite la gestion de situations de stress, la discussion d'aspects importants du traitement, l'annonce de mauvaises nouvelles et le contrôle de l'infection.

Grâce aux résultats de la Belgique et des quatre autres pays, un groupe international a commencé à développer la formation.

A partir d'une synthèse de la recherche menée auprès des médecins et des patients, de la littérature existante, l'exper-

tise assurée sur l'ensemble du projet, nous avons développé quatre modules de formation (de base). Dans tous les modules les aspects relatifs à la relation d'aide et à la dimension relationnelle de la consultation avec les patients séropositifs ou malades du sida sont soulignés.

Les modules:

- module général de base sur les capacités de communication;
- module "annonce de mauvaises nouvelles" (diagnostic, pronostic, etc.);
- module "sexualité et mode de vie sexuelle";
- module "communication à propos des mourants, de la mort et du deuil".

Pour chaque pays mais surtout pour chaque groupe de médecins, on peut choisir à la carte les modules préférés. La totalité du programme porte, dans sa phase "test", sur deux jours.

La philosophie de base dans le développement de la formation est la suivante: "le patient conduit, le médecin suit".

### Le processus de développement de la formation de base

Concentrons-nous sur l'acteur/l'éducateur à la santé, et l'équipe internationale qui collabore à ce projet. L'équipe qui a effectué la recherche, l'analyse et ensuite la "traduction" de tout cela dans une formation essaie dans toutes les phases d'obtenir les vues et les perceptions des groupes cibles (figure 2).

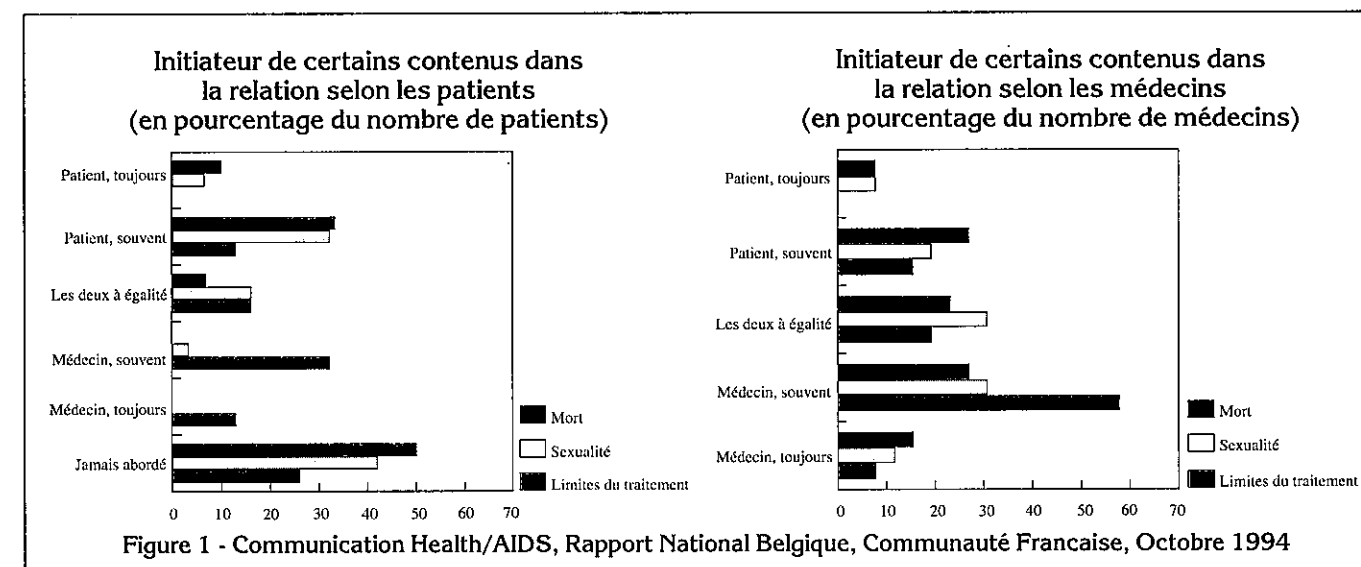


Figure 1 - Communication Health/AIDS, Rapport National Belgique, Communauté Française, Octobre 1994

## VI. LES MÉTHODES PÉDAGOGIQUES

L'interdisciplinarité est assurée non seulement par les différentes disciplines contribuant au programme et par la variété de l'appartenance disciplinaire des enseignants, mais aussi par la diversité des formations initiales et des expériences de travail des apprenants.

L'accent est mis sur les méthodes actives, les travaux en groupe (ateliers, séminaires, présentation de travaux personnels) et l'auto-apprentissage. L'intégration théorie-pratique est réalisée par la référence aux expériences professionnelles des participants, par le développement d'un projet personnel et l'encadrement des activités sur le terrain (visites, stages d'observation, leçons didactiques)

## VII. LES COURS

(Les cours suivis d'un \* sont aussi ceux des certificats. Le certificat en éducation du patient nécessite 3 séminaires supplémentaires spécifiques).

### Première licence:

- Problématique de l'éducation pour la santé\*
- Santé maternelle et infantile, santé de l'écolier et de l'école\*
- Santé du travail et de l'environnement
- Santé affective et sexuelle
- Santé, maladie, utilisation des services de santé (y compris les médicaments et les médecines parallèles)\*
- Biostatistiques, épidémiologie et démographie
- Pédagogie expérimentale et histoire de l'éducation
- Méthodologie générale\*
- Psychologie du développement
- Sociologie des institutions\*
- Droit et éthique de la santé
- Planification des services et des personnels de santé, législation sanitaire et sécurité sociale\*

### Deuxième licence:

- Santé de l'alimentation, de l'activité physique et du vieillissement
- Moyens de communication en éducation pour la santé
- Méthodologie spéciale en éducation pour la santé\*
- Gestion de projet
- Méthodes de la recherche en sciences de la santé
- Evaluation de programmes\*
- Visites - Approche qualitative\*
- Stages en éducation pour la santé\*
- Séminaire de méthodologie de la recherche en éducation pour la santé
- Séminaire de planification d'intervention en éducation pour la santé

et deux cours à options à prendre dans d'autres programmes en fonction des projets professionnels et de mémoire de l'étudiant.

### RENSEIGNEMENTS:

UNITÉ D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ (RESO)  
U.C.L., Faculté de Médecine, Ecole de Santé publique - Santé Communautaire  
Avenue Mounier 50  
1200 BRUXELLES

Secrétariat (N. Joris): 02/764 50 70 RESOdoc: 02/764 56 44

Responsable du programme: Prof. A. Deccache  
Formateurs-chercheurs du RESO: T. Bertrand, P. Meremans, C. Renard, K. Van Ballekom  
Conseillère à la formation: M. Thielen

**U.C.L. - RESO Unité d'Éducation pour la Santé**

**Faculté de Médecine - Ecole de Santé Publique**

## FORMATIONS UNIVERSITAIRES EN EDUCATION POUR LA SANTE ET EDUCATION DU PATIENT

Licence en sciences de la Santé Publique, option promotion et éducation pour la santé  
Certificat de formation complémentaire en éducation pour la santé  
Certificat de formation complémentaire en éducation du patient  
Agrégation de l'enseignement secondaire supérieur pour l'éducation pour la santé

### Conditions d'admission

Titre universitaire ou graduat  
Expérience et projet professionnels souhaités

### Formation d'adultes

Groupes de 25 étudiants maximum  
Horaires adaptés  
Cursus et rythme de formation individualisés  
Valorisation de l'expérience des étudiants

### Formation multidisciplinaire

## Licence en éducation pour la santé

### INTRODUCTION

Problématique de l'éducation pour la santé\*.  
Séminaire de méthodologie de l'information scientifique dans les problèmes de santé\*.

### AXE SANTE

Santé maternelle et infantile, santé de l'écolier et de l'école\*.  
Santé du travail et de l'environnement.  
Santé affective et sexuelle.  
Santé, maladie, utilisation des services de santé, des médicaments, des médecines parallèles\*.  
Biostatistiques, épidémiologie et démographie.  
Santé de l'alimentation, de l'activité physique et du vieillissement.  
Méthodes de recherche en sciences de la santé.

### AXE JURIDICO-ADMINISTRATIF

Droit et éthique de la santé.  
Planification des services et des personnels de santé. Législation sanitaire et sécurité sociale\*.  
Gestion de projet.

### AXE SOCIO-PSYCHO-PEDAGOGIQUE

Pédagogie expérimentale et histoire de l'éducation.  
Méthodologie générale\*.  
Sociologie des institutions\*.  
Moyens de communication en éducation pour la santé.

### AXE INTEGRATION

Méthodologie spéciale en éducation pour la santé\*.  
Evaluation de programmes\*.  
Visites - approche qualitative en éducation pour la santé\*.  
Stages - programmes et outils en éducation du patient\*.  
Séminaire de méthodologie de la recherche en éducation pour la santé.  
Séminaire de planification d'intervention en éducation pour la santé.  
Cours à option en fonction du projet de mémoire (2 cours).

### Certificat en éducation pour la santé

Comporte une sélection de cours de la licence (marqués d'un\*)

### Certificat en éducation du patient

Sélection de cours de la licence et séminaires spécifiques

Renseignements: Mme JORIS - Unité d'Éducation pour la Santé, UCL-RESO, avenue Mounier 50, 1200 Bruxelles - Tél. 02/764 50 70

## FORMATIONS UNIVERSITAIRES EN ÉDUCATION POUR LA SANTÉ ET ÉDUCATION DU PATIENT

Licence en Sciences de la Santé Publique, orientation promotion et éducation pour la santé

Certificat de formation complémentaire en promotion et éducation pour la santé

Certificat de formation complémentaire en éducation du patient

Agrégation de l'enseignement secondaire supérieur pour l'éducation pour la santé

Formations-interventions sur site (en institution de soins ou de santé)

Doctorat en santé publique - éducation pour la santé

### I. INTRODUCTION.

L'Unité RESO, appartenant à la Faculté de Médecine de l'Université Catholique de Louvain, organise depuis 1984, des formations universitaires en promotion et éducation pour la santé. Ces formations ont pour caractéristique d'être organisées dans une perspective interdisciplinaire et multiprofessionnelle.

L'année 1994 fut l'occasion d'une évaluation de ces formations et la mise en place d'un processus de réforme.

### II. LES OBJECTIFS DES FORMATIONS

La licence et les certificats s'adressent à des professionnels de la santé, du travail médico-social et de l'éducation qui se destinent à la conception, la planification, la coordination, la gestion ou l'évaluation de projets d'éducation pour la santé ou d'éducation du patient et qui désirent, pour ce faire, obtenir une compétence universitaire c'est-à-dire acquérir la maîtrise de pratiques intégrant savoir, savoir-faire, savoir-être et savoir devenir ainsi qu'une capacité de questionnement par une formation pluri- et interdisciplinaire fondée sur la recherche scientifique.

Les certificats s'adressent plus spécifiquement à des professionnels déjà expérimentés en éducation pour la santé ou en éducation du patient et qui éprouvent le besoin de systématiser leurs connaissances et de réfléchir à leurs pratiques.

L'agrégation de l'enseignement secondaire supérieur s'adresse aux personnes qui se destinent à l'enseignement de l'éducation pour la santé et l'éducation du patient dans le cadre de l'enseignement technique et professionnel du secondaire supérieur ou de formations supérieures non-universitaires, infirmières ou paramédicales.

Les formations-interventions «sur site» sont proposées pour la formation d'équipes entières et l'accompagnement de projets institutionnels. Elles sont généralement de 6 à 7 jours, étalés sur une durée définie avec l'équipe intéressée.

Le doctorat en santé publique - éducation pour la santé est accessible aux porteurs d'une licence, moyennant conditions particulières.

### III. LES DÉBOUCHÉS.

Les diplômes en promotion et éducation pour la santé ouvrent l'accès, tant dans le secteur public que privé, à des fonctions au sein des:

- organismes de promotion de la santé et d'éducation pour la santé
- institutions médico-sociales
- hôpitaux, cliniques
- organisations internationales et de coopération au développement
- structures d'enseignement dans le domaine de la santé et des soins
- établissements scolaires
- entreprises et milieu industriel
- institutions et programmes de recherche

### IV. ORGANISATION DES PROGRAMMES

Les cours sont donnés en horaire adapté pour en faciliter l'accès à des adultes engagés dans une vie professionnelle. L'accès est limité à 25 participants par an afin de pouvoir assurer le recours à une pédagogie participative.

Un centre de documentation (RESOdoc) encadre les étudiants dans leurs travaux de recherche documentaire, leur permet l'accès aux principales banques de données documentaires informatisées pour l'éducation pour la santé et gère à leur intention un grand nombre d'ouvrages et de documents spécialisés.

La licence en éducation pour la santé comprend 24 cours de 30 heures, répartis sur deux années d'études. Chacune de ces années d'études peut, dans certaines conditions, être étalée sur deux années académiques. Elle nécessite aussi, selon la formation antérieure des candidats, un ou plusieurs cours de pré-requis, dans les domaines de la santé ou des sciences humaines, elle comporte également la réalisation d'une recherche personnelle aboutissant à la rédaction et à la défense d'un mémoire de fin d'études.

Les certificats de formation complémentaire comportent 10 cours appartenant au programme de la licence ainsi que quelques cours ou séminaires choisis en fonction de l'expérience, des formations antérieures et des besoins du candidat.

Pour la licence et les certificats, certains cours peuvent être suivis dans le cadre d'autres universités, puis validés à l'U.C.L. De plus, les formations proposées sont reconnues dans le cadre des programmes de formation permanente (agrégation n°CA/85/O9/FP). Elles ouvrent également le droit aux congés-éducation payés.

L'épreuve d'agrégé de l'enseignement secondaire supérieur comporte, outre un certain nombre de cours suivis dans le cadre de la licence, 90 heures de cours théoriques, séminaires et exercices, ainsi que 30 heures de stages.

### V. CONDITIONS D'ADMISSION

La licence est accessible à des détenteurs d'au moins un premier diplôme de formation initiale dans l'enseignement supérieur. Il peut s'agir d'un diplôme:

- universitaire de 2e cycle dans le champ de la santé: médecine, pharmacie, dentisterie, réadaptation et kinésithérapie, santé publique, etc.
- de l'enseignement supérieur non-universitaire para-médical: graduat en soins infirmiers, en kinésithérapie, ergothérapie, diététique, etc.
- de l'enseignement supérieur dans les sciences humaines, biologiques, ou sciences médicales.

Les candidats accèdent à la licence moyennant un ou plusieurs cours complémentaires destinés à combler les lacunes de la formation initiale, en santé ou en sciences humaines.

Les certificats sont accessibles aux porteurs d'un diplôme de formation initiale de l'enseignement supérieur et d'une expérience professionnelle dans les domaines de l'éducation pour la santé ou de l'éducation du patient.

La procédure d'admission comprend l'étude du dossier détaillé, complétée par une entrevue et une épreuve écrite. Elle vise à établir un contrat de formation personnalisé; il peut en résulter un programme allégé en raison des formations déjà suivies.

Un certain nombre d'années d'expérience professionnelle dans les domaines social, para-médical et/ou éducatif, un certain nombre de formations complémentaires ainsi que l'existence d'un projet actuel ou à créer d'éducation pour la santé ou du patient sont des atouts supplémentaires pour bénéficier au mieux de la formation. Cette dernière série de critères détermine un ordre de priorité parmi les candidats.

Enfin, l'obtention du certificat de formation complémentaire en éducation pour la santé ou en éducation du patient permet de poursuivre la licence, grâce à la validation des cours réussis, par capitalisation.

Le titre d'agrégé de l'enseignement secondaire supérieur est accessible aux porteurs du diplôme de Licencié en éducation pour la santé. La formation est réalisable soit pendant la licence, soit après.



# À l'eau? Ici l'entraide.

## 02/ 515.05.85



**Un problème, un manque d'information?**

Les groupes d'entraide sont à votre disposition pour répondre aux questions que vous vous posez.

**Pour plus de renseignements**

Service Promotion de la santé

**UNMS, 32-38 rue Saint-Jean 1000 Bruxelles - 02/515.05.85**

17

18