

Mort

Archennes

"Vivre son deuil", un groupe d'accompagnement pour toute personne vivant un deuil qui, aujourd'hui encore, est un poids dans sa vie quotidienne, est mis sur pied par l'ASBL Domus, soins palliatifs à domicile en Brabant wallon à l'automne 96.

Renseignements: Domus, rue des Moulins 10, 1390 Archennes, tél. 010/84.15.55 de 9h à 12h sauf le jeudi.

Femme

Bruxelles

Les Femmes Prévoyantes Socialistes du Brabant proposent différents ateliers tout public:

- atelier gym douce, animé par des kinésithérapeutes, tous les lundis de 15 à 16h et de 17h30 à 18h30, et tous les mardis de 17 à 18h;
- atelier gestion du stress, animé par une psychologue, dès le mardi 1er octobre de 18h30 à 20h30;
- atelier alimentation, animé par une psychologue, dès le mercredi 23 octobre de 18 à 20h;
- atelier diététique, animé par une diététicienne, dates à convenir.

Renseignements: Monique Soetens, rue du Midi 120, 1000 Bruxelles, tél. 546.14.33.

Bon à savoir!

Le Centre de Coordination communautaire a fait l'acquisition d'un stand d'exposition qu'il tient à la disposition (gratuite) des relais-santé qui le souhaitent.

Pour tout renseignement, vous pouvez contacter le CCC au 02/512.42.23.

Enfant

Le Fonds Houtman décernera son prix d'un montant de 2 millions en 1997. Ce prix couronne tous les deux ans une recherche-action de longue haleine ayant contribué de façon durable et significative à améliorer le bien-être de l'enfant en Communauté française de Belgique. Il est attribué à des chercheurs de toutes disciplines. La date limite de dépôt des dossiers de candidature est fixée au 31 décembre 1996.

Renseignements: Secrétariat du Fonds Houtman, Office de la Naissan-

ce et de l'Enfance, avenue de la Toison d'Or, 1060 Bruxelles, tél. 02/524.14.07., fax 02/542.14.09.

Emploi - demandes

Infirmière, licenciée en éducation pour la santé, agrégée de l'enseignement supérieur, ayant développé plusieurs projets en milieu scolaire, souhaite mettre son expérience au service d'un centre agréé ou d'un centre de formation. Coordonnées: Annick Moreau, rue des Ramiers 7, 5004 Bouge, tél. 081/21.27.73.

Licencié en journalisme et communication recherche un emploi en relation avec sa formation: élaboration de dossiers, de documents d'information, vulgarisation scientifique, gestion documentaire,... Coordonnées: Yves André, avenue Thomas Frissen 4, 1160 Bruxelles, tél. 02/673.87.49.

Régent en éducation physique et biologie cherche une fonction d'animateur ou de coordonnateur de projet (trois années comme animateur pédagogique et une année comme chef de projet à Question Santé, dans le cadre de campagne de sensibilisation à la santé sur les thèmes de l'éducation nutritionnelle et de l'hygiène dentaire). Coordonnées: Serge van den Berg, rue Alphonse Robert 55, 1315 Sart-Risbart, tél. 010/88.10.46.

Licencié en sciences médico-sociales et hospitalières orientation éducation pour la santé, agrégé de l'enseignement secondaire supérieur (travail de fin d'étude: "De l'usage au bon usage du médicament en MR et MRS"). Coordonnées: Pierre Raucy, rue Konkel 83 bte 4, 1150 Bruxelles, tél. 075/67.56.73.

Emploi - offre

On recherche: éducateur à la santé, gestionnaire de projet de santé communautaire.

Fonction: gestion d'un programme de santé communautaire de prévention de l'alcoolisme à La Louvière à temps partiel (1/2 temps).

Profil: niveau universitaire; formation ou expérience en éducation pour la santé ou spécialisation en prévention des assuétudes ou en alcoologie.

Les candidats doivent adresser leur C.V. complet au Docteur J. Degré, Echevin de la santé, rue de la Loi 20, 7100 La Louvière.

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: Maryse Van Audenhaege

Documentation:

Maryse Van Audenhaege.

Abonnements: Franca Tartamella.

Comité de rédaction: Pascale Anceaux,

Pierre Anselme, Martine Bantuelle,

Luc Berghmans, Nouara Chaoui,

Christian De Bock, Alain Deccache,

Natacha de Granges, Michel Demarteau,

Anne Fenaux, Jacques Henkinbrant,

Geneviève Houioux, Véronique Janzyk,

Vincent Magos, Jean-Luc Noël,

Thierry Poucet, Bernadette Taeymans,

Patrick Trefois, Eric Vandersteenen.

Editeur responsable: Edouard Descampe, avenue E. Demolder 44, 1030 Bruxelles.

Maquette: Philippe Maréchal.

Mise en page, photogravure et

impression: Economat ANMC.

Tirage: 2.400 exemplaires.

Diffusion: 2.100 exemplaires.



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

ISSN: 0776 - 2623.

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

La revue n'accepte pas de publicité.

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

Pour tous renseignements complémentaires: Education Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles.

Tél.: 02/237.48.53. Fax: 02/237.33.10

(indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire).

Education

SANTÉ



photo: La goutte d'huile

Initiatives

Je mange, tu manges, il mange..., évaluation d'un outil pédagogique

par Karine De Jonghe et Sabine Dupont

p. 9

Prévention de la mort subite du nourrisson

par Isabelle Léonard, Anne Malice, Marie-Madeleine Leurquin

p. 13

La lutte anti-tabac cherche un nouveau souffle!

p. 18

Les Carolos ont rendez-vous avec leur cœur

par Martine Bantuelle et Fanny Hoeffelman

p. 20

Quand les jeunes tracent un chemin de santé... avec des fleurs p.2

Une approche globale de promotion de la santé dans un quartier défavorisé d'Anderlecht (Bruxelles)

Notre supplément du mois:

Contraception en question,

une brochure du Ministère de la Communauté française



■ Quand des jeunes tracent un chemin de santé. Récit d'une expérience, première partie

Autour d'un grand jeu de l'oie, deux groupes de jeunes: les uns ont quatorze-quinze ans, les autres sont étudiants de 7e professionnelle option Educateur sanitaire qui animent, filment, expliquent... Cette scène se reproduit une vingtaine de fois par an depuis 1989. Elle est la fin et le moyen d'une formation scolaire en lien direct avec son contexte social: «Le chemin de la Santé». Le tout, dans un quartier à majorité immigrée, délaissé par des projets de rénovation éternellement reportés, mais tissé d'un réseau associatif dense: des médecins, des pharmaciens, des agents sanitaires et des acteurs sociaux qui en veulent, et une école professionnelle formant notamment des éducateurs sanitaires. Pendant longtemps, il a manqué un scénario combinant formation scolaire et action vers l'extérieur; il existe maintenant, depuis sept ans déjà. Récit, bilan et leçons.

Il était une fois... un quartier et une école

Visitez Cureghem, son canal, ses abattoirs

Couvrant 20% de la commune d'Anderlecht, le quartier de Cureghem se situe aux abords de la gare du Midi; il est donc directement concerné par les aménagements liés à l'arrivée du TGV. Le quartier est délimité par des voies de communication difficiles à franchir et est coupé en deux par une voie rapide.

L'habitat y est vétuste voire taudisant, accueillant majoritairement des habitants immigrés; Marocains, Italiens et Espagnols sont les plus nombreux. La densité est très élevée (5.574 habitants/km²) notamment en raison de la présence de familles nombreuses. La population est jeune et peu qualifiée, donc frappée de plein fouet par le chômage (60% de non-actifs et 15% d'actifs officiellement non occupés). Lors du recensement de 1981, 18% seulement des habitants étaient scolarisés au-delà de 14 ans.

La couverture scolaire, associative et sanitaire est dense (médecins, pharmaciens, centre de santé, postes ONE...), mais les infrastructures manquent pour accueillir les jeunes de 15 à 25 ans.

Ce quartier est laissé pour compte par la politique communale. Un exemple: alors qu'Anderlecht a été plusieurs fois reconnue comme «commune verte», Cureghem est largement dépourvu d'espaces verts. Lorsqu'il y en a, ils servent de décharges. Quant aux projets de rénovation, ils traînent.



De véritables chancres urbains par endroits

Le logement contre la santé

Le CPAS de Bruxelles a réalisé une étude des principaux facteurs qui provoquent des pathologies dans des quartiers du genre de Cureghem (1). Le logement vient en tête, suivi du chômage, des conditions de travail, des problèmes d'intégration, du statut socio-économique et de l'attitude individuelle face à la santé.

Le facteur logement serait donc la source principale de diverses pathologies, surtout respiratoires, dues à l'humidité, l'insalubrité, la promiscuité et l'exiguïté. C'est le cas des angines, des bronchites, de l'asthme, de la tuberculose (en recrudescence)...

D'autres exemples de pathologies liées aux logements sont donnés par les récits des médecins de la maison médicale d'Anderlecht: «Dans certaines maisons, on n'est pas sûr de pouvoir redescendre. La cage d'escalier, le temps de la visite, peut s'effondrer d'un moment à l'autre. En été, quand on sort des maisons après la visite, on est mouillé». La mauvaise utilisation des chauffages (pas de ramonage, pas d'aération) et le manque d'infrastructure sanitaire correcte (bricolage d'un coin douche ou d'une salle de bains) provoquent des intoxications au monoxyde de carbone. A contrario les médecins constatent une amélioration de l'état des patients lors de changements de logement.

D'autre part, lors d'entretiens médecins-patients (souvent immigrés), de nombreuses plaintes proviennent de l'insatisfaction face au travail, au statut, au manque de contacts sociaux. Des troubles d'ordre psychique y seraient liés: dépression, alcoolisme de femmes belges âgées... On constate chez les enfants la présence de rachitisme, d'anémie... et chez les adultes, des ulcères du duodénum (dus au «stress de la précarité»), des hépatites, des problèmes dus à la malnutrition,...

Plusieurs de ces pathologies sont aggravées par un élément que le Centre de santé mentale d'Anderlecht a pu repérer: le recours par certains immigrés à des ressources «extérieures» comme des guérisseurs ou l'imam, qui restent la référence pour les musulmans. Des maladies comme l'épilepsie sont en effet interprétées religieusement (possession).

Malgré ces constats, les médecins de Cureghem perçoivent une amélioration par rapport aux années 1980, qu'ils attribuent au travail de l'Association des Médecins Généralistes d'Anderlecht (AMGA). Les habitants se soignent mieux et font plus confiance à leur médecin. Par contre, ils constatent le développement de toxicomanies chez les jeunes (médicaments, drogues douces et dures). Les médecins soulignent leur désarroi

Education pour la santé

Stavelot

9 octobre 1996

Présentation de nouveaux outils vidéo-graphiques de la collection "Education pour la santé" de la Médiathèque de la Communauté française.

Cette rencontre sera l'occasion de réfléchir à l'utilisation de l'audiovisuel et d'améliorer les actions de terrain.

Lieu: Abbaye de Stavelot, vidéo-théâtre 1er étage, Cour de l'Hôtel de ville, 4970 Stavelot.

Pour tout renseignement, vous pouvez contacter la C.L.C. de Verviers, rue de la Station 13, 4800 Verviers, Tél.:087/35.15.03.

Drogue

Charleroi

9 et 10 octobre 1996

Quatrième Congrès National Gestion des drogues en 2000. Organisateur: Centre Universitaire de Charleroi et Drugbeleid 2000 VZW. Les thèmes de cette année:

- débat politique et interventions éditoriales
- le recueil des données, l'évaluation, la recherche
- le marché des drogues au quotidien
- le statut des drogues
- la prise en charge pénale
- la prévention: dans la famille, à l'école; dans les autres milieux de vie des jeunes; par la promotion des conditions de bien-être; par la réduction des risques et des dommages.

Lieu: Centre Fourrages, rue des Français 147, 6020 Charleroi (Dampremy). Renseignements: Secrétariat du Congrès, Centre Universitaire de Charleroi, avenue Général Michel 1b, 6000 Charleroi, tél. 071/31.46.10, fax 071/32.86.76.

Suicide

Lierneux

10 octobre 1996

A l'occasion du premier anniversaire du Centre Patrick Dewaere, un colloque sera organisé à Lierneux sur le thème "La vie sur un fil - approches préventives et curatives de l'envie suicidaire". Cette journée d'étude consacrée au suicide chez l'adolescent et le jeune adulte s'adressera aux intervenants médicaux et psychosociaux.

Renseignements: Maison Provinciale du Social (CEDS), tél. 041/232.31.46, fax 041/232.31.79.

Sommeil

Colfontaine - Bruxelles

10 et 22 octobre 1996

La Mutualité Libre La Famille organise une série de conférences grand public sur le sommeil. Le conférencier sera Guy Adant, licencié en éducation pour la santé.

Dates:

- le 10 octobre 1996 à 19 heures à l'Abbaye de la court située rue Wilson 38 à 7340 Colfontaine (Wasmes). L'inscription préalable est indispensable au 065/67.32.68;
- le 22 octobre 1996 à 16h30 au siège social de la Mutualité Libre La Famille, situé rue des Chartreux 45 à 1000 Bruxelles. L'inscription préalable est indispensable au 080/96401. L'entrée est gratuite.

Soins palliatifs

Archennes

18 et 25 octobre, 8, 15 et 22 novembre 1996

DOMUS, soins palliatifs à domicile, organise une session de "sensibilisation aux soins palliatifs et formation à l'accompagnement des personnes en fin de vie".

Lieu: Archennes (10 km de Wavre), de 9h30 à 17h. Renseignements: Marie-Paule Mandy 010/86.70.08, Annick Absil 010/45.17.78 (de préférence entre 8h30 et 9h30), bureau 010/84.15.55 (de 9h à 12h sauf le jeudi).

Enseignement

Namur

23 au 26 octobre 1996

Educateur 96: 3e salon des outils pédagogiques et de l'équipement pour l'enseignement.

Le Centre de Coordination Communautaire y présentera le secteur de l'éducation pour la santé ainsi que des réalisations des services agréés.

Lieu: Palais des expositions de Namur, avenue Sergent Vrithoff 2, 5000 Namur.

Assuétudes

Bruxelles

7 et 8 novembre 1996

Module interdisciplinaire de formation organisé par Prospective Jeunesse, de

9h30 à 16h30. Consultants-formateurs: Thérèse Nyst et Michel Rosenzweig.

Autres dates: les 5 et 6 décembre.

Renseignements: Prospective Jeunesse, rue Mercelis 27, 1050 Bruxelles. Tél.: 02/512.17.66. Fax: 02/513.69.30.

Médicament

Bruxelles

27 novembre 1996

La cellule de coordination pour le bon usage des médicaments, à l'initiative du Centre coopératif de la Consommation, organise une journée d'étude sur "Consommation et bon usage des médicaments: quelles réalités pour les enfants et les adolescents?" le mercredi 27 novembre 1996.

Cette journée aura lieu à Bruxelles, dans les locaux de la Communauté française, boulevard Léopold 2, de 9 à 17 heures.

Pour tout renseignement et inscription: Irène Caillaux, tél. 02/500.52.65 ou 500.52.12.

Formation

L'A.P.P.A., Association des Praticiens en Psychologie Appliquée, vient d'éditer pour la septième année consécutive un gros dossier consacré aux formations complémentaires pour psychologues, pédagogues, travailleurs sociaux, éducateurs, enseignants,...

Il présente plus de 150 formations complémentaires accessibles à ces professionnels. Les formations décrites sont consacrées notamment au secteur santé: thérapie familiale, psychothérapie, psychanalyse, somatothérapie, sexologie, consultation conjugale, sophrologie, gestalt, psycho-oncologie, éducation à la santé, prévention du sida et des drogues, formation à l'écoute relationnelle, formation d'adultes-relais dans l'école...

Ce dossier est disponible au prix de 290 francs, port compris, en versant cette somme au compte 001-2034888-01 de l'A.P.P.A., rue Henri Marichal 17, 1050 Bruxelles (indiquer "Dossier 96").

Pour tout renseignement: A.P.P.A., Résidence Bois de Courrière 1, 7100 Besonrioux, tél. 064/54.83.39 après 17 heures.

■ Corps, accords, désaccords

Le FRAJE est une asbl qui travaille dans le domaine de la psychologie des enfants et des adolescents; il s'adresse autant aux professionnels (par exemple pour privilégier le mieux-être des collectivités de jeunes enfants) qu'au grand public (dans le cadre de la prévention de la maltraitance).

Avec le Centre Vidéo de Bruxelles, il a déjà produit deux documentaires, l'un consacré aux émotions que ressentent les futurs parents en imaginant leur enfant et celles qu'ils sont amenés à vivre après avoir fait connaissance avec leur bébé; l'autre consacré aux relations enfants/parents lors de l'adolescence (voir encadré).

Le dernier documentaire en date se concentre sur les relations enfants/parents durant la période d'opposition située entre 18 mois et 3 ans. Quatre organismes y ont collaboré: le FRAJE, le Centre Vidéo de Bruxelles déjà cités, Question Santé dans le cadre de son travail d'Education Permanente, et l'asbl Respect qui mène des actions de prévention primaire de la maltraitance.

Sur base de témoignages de parents, illustrés par le comportement de



leur(s) enfant(s) et enrichis par les interrogations de spécialistes, nous découvrons différentes manières d'aborder et de vivre la période d'opposition.

La démarche est de faire partager au spectateur des émotions, de lui permettre de s'identifier à certains moments de la relation ainsi que d'accroître ses potentialités à les aborder.

Respect, écoute, observation, accueil de l'enfant dans son intégralité corporelle et psychique sont autant d'attitudes éducatives dont l'importance doit être soulignée et nuancée en tenant compte des difficultés que cela entraîne dans une relation quotidienne enfants/parents.

Ce film est un outil d'animation pour tout professionnel de la santé qui sou-

haite sensibiliser son public aux moments clés de l'établissement de la relation.

La vidéo touche les futurs parents, les parents ainsi que les professionnels de la santé, les éducateurs de l'enfance et de la jeunesse, les travailleurs sociaux.

Elle est accompagnée d'un cahier d'animation permettant aux professionnels d'aller plus loin dans la compréhension du sujet et d'apporter des éléments pratiques et des adresses utiles.

Le prix de location des cassettes vidéo est de 300 francs; le prix d'achat est de 1.800 francs pour "Les chemins de l'autonomie", 2.500 francs pour "Au fil des relations", 2.000 francs pour "Corps, accords, désaccords".

L'achat ou la location de ces cassettes se fait au Centre Vidéo de Bruxelles, rue Royale Sainte Marie 113, 1030 Bruxelles, tél. 02/216.80.39, fax 02/245.13.45.

Pour tout renseignement, on peut aussi contacter le FRAJE, boulevard de Waterloo 100-103, 1000 Bruxelles, tél. 02/542.83.47, fax 02/542.83.90. ■

Les chemins de l'autonomie

Création: mai 1992.

Ce film repose sur un ensemble de témoignages de futurs parents et de parents. Son objectif principal est de faire sentir à chaque spectateur les émotions que ressentent les futurs parents en imaginant leur enfant et celles qu'ils sont amenés à vivre après avoir fait connaissance avec leur bébé.

Ce vidéogramme de 26 minutes est destiné à un public de futurs parents, de parents, d'adolescents, de puéricultures, de gardiennes et de toutes personnes intéressées par le jeune enfant.

Il est un outil de prédilection pour tout animateur qui souhaite d'une part sensibiliser son public aux moments clés de l'établissement de la relation entre parents et enfants et d'autre part les rendre conscients des risques de

maltraitance à l'enfant qui prennent racine dans cette période cruciale.

Il est coproduit par le Centre Vidéo de Bruxelles et le FRAJE ASBL.

Au fil des relations

Création: mai 1994.

Comme le précédent, ce film repose sur des témoignages et son objectif est de faire partager par un large public des émotions vécues tant par des parents que par des jeunes.

Il montre les relations enfants/parents lors de l'adolescence et ce au travers d'une approche particulière du développement des liens depuis la petite enfance jusqu'au départ des jeunes adultes de leur famille.

Les responsables du FRAJE pensent qu'il est fondamental que les parents puissent ressentir le fait que pour pouvoir se construire d'une manière

harmonieuse, les enfants doivent pouvoir compter sur eux, sur leur disponibilité et obtenir la satisfaction de besoins fondamentaux qui sont évoqués dans ce film.

Les répercussions de manquements éventuels peuvent être discrets lors de l'enfance, mais se révéleront lors de l'adolescence ou de la future parentalité.

Même s'il est évident pour tous que la phase d'adolescence comporte une part de difficultés inhérentes à l'évolution, celles-ci se dépasseront d'autant plus facilement que les relations enfants/parents se seront construites sur une base saine et sécurisante pour chacun.

Ce vidéogramme d'une durée de 45 minutes a été coproduit par le Centre Vidéo de Bruxelles et le FRAJE, auxquels s'étaient déjà joints les ASBL Question Santé et Respect.

et leur manque de moyens face à ce phénomène.

Besoin de décoder

Les acteurs santé du quartier rencontrent une importante difficulté culturelle, qui provient de la représentation sémantique des habitants vis-à-vis de la maladie ou de désordres organiques et des différences culturelles qui compliquent l'interprétation des données.

La population, pluriculturelle, véhicule un savoir, des interprétations, des croyances issues de la culture originelle qu'il faut savoir décoder pour un diagnostic correct. Dans le cas d'un modèle médical habituel, le professionnel de la santé fait sans décoder l'interprétation primaire des plaintes et y adapte le schéma diagnostique classique en étant convaincu de la pertinence de son interprétation.

Dans la réalité, si le professionnel est attentif à l'ensemble environnemental de la personne plaignante, il sera amené à réviser son interprétation à la lumière de facteurs adjutants à la plainte. Des médecins, travaillant dans un contexte pluriculturel (dont Cureghem) ont rassemblé leurs expériences et leurs analyses dans un ouvrage collectif. Ils y ont cerné différentes composantes liées à des points

de divergences et de convergences culturelles (2).

Une première distorsion provient d'une vision réductrice de la santé. Lorsqu'un patient se plaint de mal au ventre, le professionnel de la santé peut se limiter à répondre aux symptômes sans faire l'effort de décoder celui-ci. Lorsqu'il s'agit d'un patient étranger, il peut aussi tomber dans l'autre extrême: considérer que le problème est culturel et refuser de faire l'effort de le comprendre. Ce risque est encore plus grand - seconde distorsion - face à des patients qui ont perdu une partie de leurs références à une culture originelle. Sur quelles normes se baser pour approcher, de manière performante, les personnes rencontrées au niveau de leur mal-être, bien-être, logement, situation sociale, familiale, emploi...? Ni nos propres normes, ni celles de la culture d'origine ne sont réellement relevantes.

Syndrome méditerranéen et barrière linguistique

L'expression de la souffrance des peuples issus des bords de la Méditerranée peut être interprétée avec un regard ethnocentrique qui relègue ces plaintes dans un registre d'exagération

et d'exaspération, considérées comme «sans fondement». Or, la plainte n'est que la partie émergée de l'iceberg que constitue le passé, le présent et le futur espéré de la personne souffrante.

Une traduction correcte des plaintes exprimées par le patient est nécessaire pour une compréhension correcte par le thérapeute. Déjà dans une même langue, les différences d'interprétation de certains mots peuvent conduire à l'incommunicabilité. Quand en plus les langues diffèrent et qu'un interprète est nécessaire, combien de biais, d'interférences, d'omissions cela n'entraîne-t-il pas?

A l'inverse, d'autres facteurs favorisent un diagnostic correct: une relation de confiance entre les deux parties, l'observation et l'analyse du patient dans sa globalité et l'appel à des professionnels de santé culturellement proches du patient... Joue aussi dans le même sens la reconnaissance de certaines techniques d'assistance traditionnelle qui peuvent apporter au patient une sécurité émotionnelle. Il en va de même d'une approche de la culture originelle des patients à l'aide d'une grille de lecture permettant de repérer derrière les mots certaines pathologies particulières non exprimables dans la langue véhiculaire.

Ce que les jeunes de Cureghem pensent...

Environnement

- Réclamer à la commune: lui dire qu'il faut rénover les maisons, les fenêtres cassées. Si les maisons appartiennent à la commune: les rénover. Si les maisons ne lui appartiennent pas: exiger du propriétaire de les rénover sous peine d'amende. Si la commune ne répond pas, il faut manifester tous ensemble.
- Les jeunes voudraient un vrai terrain de football.
- Avoir plus d'espaces verts dans le quartier et y réserver un coin pour les chiens.
- Les déchets sont jetés dans les terrains vagues et les rues sont remplies de saletés car il manque de pou-

belles. De plus, la commune ne fait pas assez pour les ramassages sélectifs et des objets encombrants alors que cela existe dans les communes voisines. Donc il faudrait un ramassage par mois des déchets encombrants ou créer un parc à conteneurs pour trier papier, carton, verre, plastique, vêtements et objets encombrants. On peut aussi consigner tous les verres.

- Aider les propriétaires à repeindre leur façade.
- Aménager la place Lemmens car c'est un coin dangereux pour les enfants.
- Augmenter les pistes cyclables pour diminuer la pollution par les voitures; on pourrait aller en vélo à l'école.
- A l'Institut de la Providence, ils proposent que l'école puisse occuper le

terrain vague comme extension de la cour de récréation car ils manquent de place; en contrepartie, l'Institut entreprendrait le terrain, l'aménagerait avec l'aide d'ouvriers communaux et des élèves. Il devrait être clôturé pour le protéger et il serait accessible aussi aux habitants du quartier lors des jours de congé, surtout pour les enfants fréquentant les associations de quartier.

- Installer des passages pour piétons convenables près des écoles surtout à la chaussée de Mons par exemple en face de la rue Haberman. De plus, des casse-vitesse près des écoles seraient nécessaires pour éviter les fous qui roulent à toute allure dans les petites rues.

Comportement

- Si mon petit frère vole, je ferai en sorte qu'il ne recommence pas et qu'il ne manque de rien.

- On voudrait qu'il n'y ait plus de voyou dans le quartier.

- Il faudrait des éducateurs dans les rues, dialoguer avec les policiers mais d'égal à égal et ne pas faire de différence de nationalité.

- Il faut faire attention aux personnes âgées, être gentil, les aider si besoin, leur parler, leur rendre visite ou faire une fête avec eux.

- Ce n'est pas bien de se battre, il faut d'abord discuter.

- Quelqu'un qui est seul, il ne faut pas le laisser; lorsqu'on voit un SDF, il faut pouvoir discuter avec lui, voir si on peut l'aider car cela pourrait nous arriver aussi.

- Il faut veiller à aller dormir tôt pour ne pas arriver en retard à l'école; c'est important pour plus tard car si on arrive en retard au boulot on sera renvoyé et ce n'est pas facile d'avoir du travail maintenant.

Vandalisme

- Il faut s'occuper des jeunes, voir ce qu'ils veulent faire et surtout les écouter vraiment et essayer de réaliser leurs projets car souvent ils ont de bonnes idées mais il y a peu d'adultes qui les accompagnent.

- Savoir réagir devant un vol, une bagarre.

- Demander des murs à peindre à la commune comme près de la station de métro Cureghem et en réalisant aussi un grand concours; on peut aussi tendre des draps blancs et faire des graffitis dessus.

Une école-providence

Comme si la tâche d'enseigner n'était pas déjà assez compliquée comme ça, l'Institut de la Providence décida de s'installer en 1983 en plein cœur de Cureghem pour mieux répondre aux besoins et aux caractéristiques du quartier.

«La Providence» est une école professionnelle et technique dont 16,7% des élèves sont belges, les autres représentant 31 nationalités (3). Et encore: parmi les nationaux, beaucoup sont de «nouveaux Belges» issus de l'immigration, d'origine et de culture étrangères.

- Punir ceux qui peignent sur les murs de particuliers; c'est celui qui salit qui doit nettoyer.

Cigarette - drogue - médicaments

- Bien prévenir les petits frères ou soeurs des dangers des drogues, cigarette, alcool, médicaments.

- Ne pas commencer à fumer car c'est difficile de s'arrêter. C'est la même chose pour la drogue. Savoir dire non.

- Ne pas déposer des médicaments n'importe où et vérifier avec les parents que les médicaments soient encore valides.

- Déposer les médicaments périmés, les radiographies, les piles, les produits dangereux aux Points verts mais ils ne sont pas assez bien signalés: on ne les remarque pas.

Maladie

- Faire attention aux crachats en rue à cause de la tuberculose.

- Faire attention aux chauffe-eau et chauffages dans les maisons car il y a des risques d'intoxication.

- Bien se protéger contre le sida.

- Ne jamais ramasser les seringues qui traînent à terre dans le quartier pour éviter les risques d'attraper l'hépatite ou le sida.

Alimentation

- Remplacer les collations actuelles de l'école (chocolat, chips, coca, limonades, bonbons par des collations

saines: fruits, yaourts, jus d'orange,...).

- Toujours prendre un bon petit déjeuner pour être en forme.

- Se mettre à l'aise pour manger et prendre son repas assis, dans une pièce agréable. A l'école, le réfectoire est souvent mal éclairé, les sièges peu adaptés, la résonance est trop forte, il ne fait pas calme.

Société

- Pour les SDF, on pourrait faire un dîner à l'école et les inviter. Il faut aussi les aider pour leurs logements et on est prêt à aller à la commune avec eux pour les aider. On peut ramasser des vêtements chauds, de la nourriture, des couvertures, aider dans les Restos du cœur.

- Essayer de créer des emplois pour les jeunes, même un travail d'étudiant, ou un stage rémunéré.

- Améliorer la formation des policiers: ils sont souvent provocateurs à Anderlecht, méchants pour rien. Ce serait bien d'avoir des flics qui nous aident au lieu de nous enfoncer. Ils doivent travailler avec les éducateurs de rue et pas comme des caïds. Ce n'est pas parce qu'ils représentent la loi qu'ils ont tous les droits dont celui d'être grossier ou brutal.

Synthèse des réponses santé de 380 jeunes animés à Cureghem, réalisée par Rachida Kourdous, 7P ES de l'Institut de la Providence.

en effet des situations conflictuelles très intenses dans l'école, difficilement gérables avec l'encadrement pédagogique et l'infrastructure actuels. Mais nécessaire, pourtant, parce que l'Institut est devenu la seule source de socialisation de certains jeunes qui, sans lui, se retrouveraient dans la rue ou en prison. Leur providence, en quelque sorte.

L'école offre le choix de diverses options. Parmi celles présentes dès l'origine figure la filière Assistant(e) Familial(e) et Sanitaire (AFS), de niveau professionnel, actuellement appelée

Lu pour vous

Les représentations de santé des jeunes

La promotion de la santé et du bien-être des jeunes en âge scolaire s'inscrit parmi les priorités essentielles de notre temps. Un tel enjeu, pour être rencontré, nécessite de considérer la parole des jeunes comme primordiale.

Qu'évoque pour les jeunes le mot "santé"?

Quelles images y associent-ils? Quelles sont leurs motivations? Leurs attitudes? Leurs convictions? Quels sont leurs modèles? Leurs références? Quelle(s) menace(s) évoquent-ils?

Que voudraient-ils changer? Préserver? Améliorer?

Quelle aide attendent-ils? De qui? Sous quelle forme? A quel moment?

Autant de questions qui guident - ou devraient guider - les programmes éducatifs en matière de santé. Trop souvent, les actions-santé s'appuient uniquement sur l'observation des comportements de santé (les élèves mangent mal, fument, font trop peu de sports,...) et négligent de s'interroger sur les raisons et les motivations qui expliquent ces comportements. Certes, les facteurs déterminant les comportements de santé sont multiples et complexes mais il apparaît nettement que les représentations mentales, ce que les jeunes pensent et ressentent à propos de la santé, constituent un chaînon essentiel dans la formation des conduites.

Aussi, André Lufin et le service Education pour la Santé de la Croix-Rouge nous adressent-ils une triple invitation:

- invitation à l'écoute, tout d'abord: Que disent les adolescents à propos de leur santé?

Quels sont leurs attitudes, leurs modèles, leurs attentes en la matière?

- invitation à la connaissance, ensuite: Que signifie le concept de représentation de santé?

Quelle est sa place en éducation pour la santé? Quel est son intérêt pédagogique?

- invitation à l'action, enfin:

Comment et pourquoi recueillir les représentations de santé? Comment les interpréter? Comment les utiliser?

Au terme de l'ouvrage, le lecteur a l'envie et les moyens d'accorder aux re-

présentations mentales la place capitale qu'elles occupent non seulement au sein des conduites de santé mais d'une façon plus large dans tous les gestes et les choix que posent chaque jour les jeunes.

Voilà une invitation à la rencontre qui ne se refuse pas!

Bon voyage à chacun.

LUFIN A. Service Education pour la Santé, Croix-Rouge de Belgique, "Les représentations de santé des jeunes", 112 p., 200 FB.

Pour vous procurer ce livre, il vous suffit de verser la somme de 200 FB au compte 799-5503608-24 avec la mention "représentations de santé". ■

Mimi Fleur de Cactus

Cet été, la Belgique entière a été bouleversée par les affaires d'enlèvement d'enfants et de pédophilie meurtrière.

De nombreux experts de la prévention de la maltraitance ont eu l'occasion de s'exprimer, dont Marie-France Botte, qui se bat depuis plusieurs années pour dénoncer les réseaux internationaux de traite d'enfants.

Bien avant ces événements, elle avait réalisé avec le dessinateur Pascal Lemaître un petit livre destiné à apprendre aux enfants à se prémunir contre les abus.

En suivant les aventures de Mimi Fleur de Cactus et de son hérisson, les enfants découvrent un personnage qui rit, qui joue et qui aime la vie; ils apprennent à reconnaître une situation présentant une menace potentielle, à oser parler aux adultes s'ils se sentent en danger. Ils trouvent dans ce livre des conseils préventifs, mais aussi des informations qui se veulent rassurantes pour eux et pour leurs parents, à savoir



qu'avec un minimum de prudence, les enfants peuvent continuer à sortir, jouer, faire du sport, que les parents doivent leur faire confiance, ne pas leur communiquer leurs peurs, mais les laisser vivre et grandir.

BOTTE M-F., LEMAÎTRE P., *Mimi Fleur de Cactus et son hérisson - Qui s'y frotte s'y pique*, La Longue Vue.

Pour tout renseignement: Opération Marie-France Botte ASBL, av. de la Jonction 11, 1060 Bruxelles. ■

Ville et santé

Comment imaginer une ville sans un espace de socialité solidaire? A quel prix parvenir à un milieu urbain à dimension humaine, sachant les souffrances et les espérances dont témoignent les faits et les idées de celles et ceux qui y vivent et y travaillent.

Le Comité Français d'Education pour la Santé nous propose un nouveau guide méthodologique et pratique en éducation pour la santé entièrement consacré au thème «Ville et santé».

Cet ouvrage est construit autour de deux parties:

- la première aborde d'un point de vue théorique les processus qui affectent aujourd'hui les zones urbaines dans leur interrelation avec la santé à la fois sur le versant des problèmes et sur celui des ressources et de leurs modes d'utilisation;

- la deuxième montre, par les expériences qui y sont décrites, en quoi les dynamiques locales permettent un travail de prévention arrimé au quotidien en abordant des thèmes tels que la question des conduites d'excès liées à l'alcool et aux toxicomanies, les questions de mobilisation et de valorisation des compétences des non-professionnels.

Une politique locale de santé intégrée à la politique de la ville, des pratiques professionnelles plus ouvertes, mieux coordonnées et attentives aux besoins de ceux qui sont le plus en difficulté, une place plus grande aux habitants des quartiers: tels sont les enseignements et les ouvertures qui se dégagent de cet ouvrage.

BERTOLOTTO F., JOUBERT M., ARENE M. et al., "Ville et Santé", CFES, Vanves, 1996, (La santé en action), 269 p., 95 FF. ■

viens d'évoquer. Des experts des universités de Bruxelles, Louvain, Liège, Namur et Mons ont répondu présent à notre appel. Les deux après-midis se tiendront sous la forme de carrefours-débats. Un animateur spécialisé demandera à trois ou quatre organismes-ressources d'évoquer leur expérience. Le public pourra alors réagir en fonction de ses propres préoccupations. Les exemples ne seront pas choisis uniquement parmi les

■ Plus chère, la pilule est amère!

Durant le mois de juin, la demande de remboursement des pilules contraceptives suscitait nombre de réactions dans la presse et les milieux féminins.

Certaines firmes pharmaceutiques souhaitaient en effet ne plus faire rembourser leurs contraceptifs oraux par l'INAMI pour échapper à une diminution de prix imposée aux spécialités remboursées.

La Fédération francophone belge pour le Planning familial et l'Éducation sexuelle (FFBPFES) a entrepris une action de protestation contre cette initiative.

Les médecins des centres de planning familial de la FFBPFES sont en effet

grosses institutions ayant pignon sur rue. Nous voulons privilégier des organismes plus locaux ou qui disposent de moyens plus limités. Plus de vingt situations pratiques seront présentées. Chacun pourra donc y trouver une référence, quel que soit son secteur spécifique d'action.

Informations pratiques: le colloque aura lieu les 12 et 13 novembre 96 au Domaine Provincial d'Hélécine. Le tarif d'inscription est de 2.000

scandalisés par l'attitude de trois firmes pharmaceutiques. Leur demande découle d'une logique purement commerciale, elle est socialement inacceptable et va, notamment, à l'encontre de la prévention des grossesses non désirées.

A situation de santé égale pour la femme, les médecins des centres de planning familial de la FFBPFES prescriront à leurs patientes des pilules émanant des trois autres fabricants qui n'ont pas demandé le remboursement. Ils proposent aussi à leurs patientes une démarche personnelle de protestation écrite auprès des firmes incriminées. Ils engagent les autres médecins à se joindre à leur action.

■ Ecrivez-nous!

Vous avez des choses à dire, des réflexions à partager, un projet qui vous tient à coeur et que vous aimeriez présenter à un public a priori intéressé par votre démarche?

Notre revue est à votre disposition. Avec Education Santé, vous toucherez 6 à 7.000 lecteurs actifs en promotion de la santé, en Belgique francophone, en France, et dans bien d'autres pays où notre belle langue française est appréciée.

Comment procéder?

Rien de plus simple. Vous nous proposez votre idée, un petit coup de fil, on en discute, et le tour est joué. Ou alors vous nous adressez directement votre

texte. Le risque d'avoir travaillé pour rien est faible: il est très rare que nous devions refuser un article. En cas de doute, notre comité de rédaction nous aidera à juger le plus objectivement possible un envoi litigieux.

Pratiquement

Nous utilisons Word 6.0, version PC ou Macintosh, c'est-à-dire un format de traitement de texte très répandu. Sachez qu'un texte d'environ 5.000 signes occupe une page de revue.

Vous pouvez nous envoyer votre texte sur disquette avec copie papier (on ne sait jamais) à Education Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles. Si vous êtes internaute, vous pouvez envoyer votre

francs pour les deux journées (y compris les actes, les deux repas de midi et les pauses-café); un tarif préférentiel de 1.000 francs sera accordé aux étudiants.

Renseignements - programme: Province du Brabant wallon, Service de l'Aide sociale et de la Santé, Bâtiment Folon, Chaussée des Nerviens 25, 1300 Wavre. Téléphone: 010/23 60 95. ■

La pilule n'est pas un luxe. Et promouvoir la santé, c'est aussi revendiquer l'accessibilité financière pour toutes à une contraception de qualité.

Si vous voulez en savoir plus ou soutenir l'action de la FFBPFES, vous pouvez les contacter à la Fédération francophone belge pour le Planning familial et l'Éducation sexuelle, rue de la Tulipe 34, 1050 Bruxelles.

Dernière minute:

La décision d'accorder ou non le remboursement n'est toujours pas prise, mais une des firmes, Wyeth, a retiré sa demande de remboursement. ■

texte attaché à un courrier électronique à jeanbenoit.dufour@ping.be: c'est ultra-rapide et ne coûte quasi rien.

Les délais

Education Santé paraît 10 fois par an en début de mois, sauf en janvier et en juillet. Nous avons besoin des articles au plus tard un mois avant la date de parution. Par exemple: avant le 1/11/96 pour publication en décembre (s'il reste encore de la place). Par contre, s'agissant d'une 'brève', vous avez jusqu'au 10, par exemple le 10 novembre pour publication en décembre.

A vos plumes, et au plaisir de vous lire dans nos colonnes! ■

"Services Sociaux". En 1987, l'Institut décida de compléter cette filière par une septième année conduisant à la qualification d'Éducateur(trice) Sanitaire (ES) et ouvrant la voie à des études supérieures.

Ouvrir une section, c'est bien, mais encore faut-il traduire son contenu en une réelle formation utile aux étudiants et, dans la logique du projet d'ouverture de l'école sur le quartier, utile aussi à celui-ci. La première année s'avéra décevante de ce point de vue et fit l'objet d'une évaluation négative quant aux pistes d'avenir réellement offertes aux élèves à la fin du cycle. C'est alors que commença une réflexion qui déboucha sur la démarche qui est présentée ici. Presque par hasard...

Le déclic... et 6000 francs

Tout commence en 1988 dans la cour de récréation lorsque des élèves interpellent durement leur titulaire, responsable du cours d'éducation à la santé, en exprimant leur ras-le-bol. Eux qui avaient le sentiment d'être inscrits dans une école de fous au coeur d'un quartier «paumé» s'insurgent ainsi pour la première fois explicitement contre un environnement quotidien qu'ils ne maîtrisent pas; dont ils ne comprennent ni le pourquoi ni le comment de l'évolution; qui se traduit, sans qu'ils puissent l'expliquer, par une violence dans et hors de l'école (incessants contrôles policiers dans la rue,...); dans lequel les jeunes ne trouvent que la rue comme domaine; sans vrai dialogue avec les enseignants.

Saisissant la balle au bond, la titulaire entame alors ce qui s'avérera plus tard la première étape d'un projet: s'interroger avec les étudiants sur la pertinence de leur formation et se mettre en recherche d'outils qui valorisent leurs compétences, et étaient en outre leur projet d'avenir tout en cassant la spirale infernale de l'exclusion, de l'individualisme, de la violence vécue à l'école et dans le quartier.

La première réponse apportée à cette interpellation est limitée à l'école. Un premier projet d'éducation à la santé est dessiné suite à la participation à

des colloques et à un salon sur la santé. L'intervention de leur titulaire, elle-même infirmière-enseignante, était la démarche des élèves par un appui pédagogique de recherche.

La réflexion conduit vers une démarche d'enquête informelle auprès des utilisateurs de l'école sur la façon dont ceux-ci ressentent la situation en matière d'hygiène, de santé, d'environnement, de comportement. Un reportage photos est effectué simultanément et une exposition de "La Providence en noir et blanc" est mise sur pied.

De plus, une première maquette d'un jeu de l'oie est élaborée, qui reprend en 30 cases (photos réelles ou montages) les situations positives (vertes), dangereuses (oranges) ou négatives (rouges) rencontrées dans l'école. Quelques essais d'animation du jeu permettent de peaufiner la démarche de réflexion qu'induit ce genre d'animation. Une exposition présente l'ensemble des travaux aux utilisateurs de l'école. Le soutien financier de l'Action Vivre Ensemble (6.000 FB!) permet l'ensemble de la démarche.

La deuxième étape démarre dès septembre 1989-1990 par l'engagement des nouveaux étudiants de 7e dans une démarche de projet progressif devant durer toute l'année et leur conférant leur certificat de qualification d'Éducateur Sanitaire". Quelques enseignants, en plus de la titulaire/promotrice du projet, appuient celui-ci (ceux de français, de techniques d'occupation des loisirs, de sciences).

La promotrice défend le projet devant la Commission Communautaire Française. Intéressée par la démarche, celle-ci détache des fonds (20.000 FB) via le nouveau dispositif mis en place à l'époque dans le quartier: le Développement Social de Quartier (DSQ). Une maquette provisoire et pyramidale d'un jeu de l'oie de 40 cases situationnelles est façonnée mais à l'échelle du quartier.

De son côté, la promotrice entame une Licence et agrégation en Éducation à la Santé à l'UCL. Cette formation complémentaire fournira l'apport théorique nécessaire à la programmation de projets de grande envergure (4).

Les étudiants de 7e enquêtent sur le terrain auprès du monde associatif, médical et social et relèvent les principaux problèmes de santé, d'environnement ou de comportement ressentis comme difficilement "vivables" par tous (voir infra, Méthodes). Les 40 cases du jeu sont essentiellement occupées par des photos reflétant les diverses composantes du quartier dans ses bons et mauvais côtés. Des animations ponctuelles testent cette nouvelle maquette et permettent de remédier aux lacunes rencontrées.

La synthèse des solutions positives trouvées par les jeunes animés en réponse aux problèmes rencontrés est adressée au corps professoral, à la direction, aux éducateurs et au CSHE (Comité de sécurité et d'hygiène)... sans résultat!

La troisième étape en 1990-1991 reconduit l'action dans une dimension de quartier plus globale avec la nouvelle équipe d'éducateurs sanitaires en formation.

Le projet "Le chemin de la Santé" est alors reconnu par la Commission Culturelle Française qui permet la réalisation d'une maquette en bois marqueté par un ébéniste.

Sept tracts santé d'informations simples sont créés ainsi qu'une première affiche lançant un grand concours santé/environnement dans le quartier. Les tracts sont déposés dans les cabinets médicaux, dans les pharmacies et les Centres de Santé et sont exploités lors des animations du jeu qui ont lieu désormais dans les écoles et associations participantes du quartier.

Le jeu prône non seulement une mise en commun des savoirs mais aussi une réflexion sur les moyens à mettre en oeuvre pour que "cela change". Certains groupes animés se lancent dans de petites actions ponctuelles de transformation de leur environnement.

Avec le soutien logistique du groupe «Santé + à Cureghem» du DSQ, une réunion festive de tous les groupes animés a lieu en fin de parcours, qui les voit recevoir, en présence de la presse et de responsables locaux (échevins responsables de l'éducation, de la santé,...), un certificat de



participation personnalisée au jeu «Le chemin de la santé» ainsi qu'un petit chèque permettant aux groupes ayant vraiment agi de renforcer leur propre santé dans un projet de groupe.

Une première évaluation des tracts est alors menée par le promoteur auprès de tous leurs utilisateurs sur le terrain. Globalement très appréciés pour leur langage clair et succinct et pour leur illustration explicite, même pour des analphabètes, les documents sont plébiscités; d'autres, portant sur d'autres thèmes, sont demandés.

Des grilles d'évaluation pédagogique sont créées pour entériner la qualification des éducateurs sanitaires mais aussi pour faire ressortir en synthèse les réponses/remèdes des animés aux différents problèmes du quartier soulevés par le jeu. C'est ce fonctionnement qui est expliqué en détails plus loin.

La quatrième étape consiste, en 1991-1992 à transformer le jeu suivant la sensibilité de la nouvelle équipe d'éducateurs sanitaires. 5 nouveaux tracts sont créés et distribués

(12 au total). Comme les années précédentes, une affiche convie écoles (des 2 réseaux!) et associations à participer au concours. L'année se déroulant suivant une grille de programmation de projet incluant la qualification progressive des éducateurs sanitaires sur le terrain. A partir de ce moment, les actions entreprises par les groupes animés deviennent plus conséquentes et étalées dans le temps.

Depuis lors, chaque année, le projet est choisi par les éducateurs sanitaires (ES) qui veulent continuer l'action menée par leurs aînés. Le matériel s'améliore petit à petit par l'acquisition au fil des ans d'appareils photos, par le prêt d'une nouvelle caméra et de matériel vidéo (TV + enregistreur vidéo). Cela permet de meilleures performances, un gain de temps et d'intérêt, une meilleure évaluation, même si la lutte est âpre en ce qui concerne le budget disponible dont la promotrice n'a pas elle-même la maîtrise!

Un premier bilan peut dès lors être dressé. Le nombre de groupes animés chaque année dans les écoles et les associations est important. En 1991-92, 24 groupes participent, soit plus de 450 jeunes de 10 à 20 ans; en 1995-1996, 30 groupes se sont inscrits au concours et certaines animations ont dû être refusées par manque de temps. Certains groupes animés (surtout dans les associations) ont imaginé des actions et les ont effectuées en groupe, transformant chacun un petit coin de leur environnement.

De leur côté, la majorité des enseignants responsables des groupes sont des relais précieux d'activation des animés; de plus, les tracts donnés sont réexploités ultérieurement lors de cours de sciences, de religion, d'étude du milieu, etc.

Après trois ans, les étudiants Educateurs sanitaires successifs ont montré leur capacité à prendre en charge différentes démarches: assurer le suivi de l'action, relancer les groupes et les encourager dans leur recherche d'action ou leur progression dans l'action, procéder à une auto-évaluation après chaque animation sur base des films/vidéos enregistrés et de leur propre sensibilité; il en résulte une in-

terpellation constante des membres du groupe donnant leur propre évaluation sur le rôle de chacun. L'enseignante, observatrice, termine par une mise au point individuelle renforçant les points forts de chacun et suggérant des changements permettant à chacun de s'améliorer. Les étudiants participent aussi aux réunions du groupe "Santé +" du quartier en tant qu'acteurs, au même titre que les autres participants «professionnels»; ils font part de l'avancement du projet et prennent note des remarques au sujet des fiches Santé afin de les retravailler.

La qualification s'acquiert ainsi progressivement, réduisant au maximum les perspectives d'échec. Pourtant, des difficultés apparaissent rapidement. Les groupes à animer sont de plus en plus nombreux et la rigidité du rythme scolaire des animateurs devient un frein à une réalisation optimale des animations. De plus, la promotrice n'a aucune plage horaire supplémentaire pour l'accompagnement du projet (ex.: sur un an, 7h par semaine sont nécessaires pour encadrer de façon optimale l'ensemble de l'action; la promotrice est obligée de les trouver en dehors de son temps de travail).

Dans le même temps, la démarche se fait connaître et reconnaître nationalement et internationalement. Les élèves-éducateurs sont amenés à présenter eux-mêmes devant des inspecteurs de l'enseignement, lors de colloques, de groupes de travail avec des agents de santé de Belgique, de France, des Etats-Unis... En 1993, le jeu remporte le prix «GRASI» (Groupe de Recherche Action des Soins Infirmiers).

La promotrice est également invitée à présenter le projet en Italie, en Suisse, en France, au Portugal, en Espagne,... Une version cédérom ou CDi sort en juin 1996, travaillée en collaboration avec une société française spécialisée, Imagence, à Lille. Ce sont les élèves éducateurs sanitaires de 1995-1996 qui ont testé (et contesté) la première maquette. Ils ont aussi suggéré de «créer une boîte de jeu avec un kit de montage que chacun pourrait adapter à son quartier ou son école.» Pourquoi pas? Encore faut-il trouver le financement!

fient positivement et lui manifestent des encouragements.

Les visiteurs ont des idées

Tout aussi positivement, les visiteurs interrogés suggèrent des améliorations dans la campagne d'information et l'utilisation des médias locaux ainsi qu'une plus grande visualisation de la campagne à la périphérie de Charleroi.

Il est suggéré d'apporter une attention toute particulière aux jeunes et en cela, d'organiser des activités qui leur soient spécifiquement destinées.

La moitié des personnes interrogées déclarent vouloir des prolongements au Week-end Santé, tout autant par des activités à mettre en oeuvre elles-mêmes que par les organisateurs.

Ces propositions, pour la plupart précises et concrètes, sont principalement liées à l'alimentation et à l'activi-

té physique: «préparer des gâteaux aux flocons d'avoine», «diminuer les quantités de beurre», «rencontrer une diététicienne», «participer à des marches ADEPS», «avoir un contact avec un cardiologue»,...

Les demandes formulées à l'égard des organisateurs sont tout aussi concrètes: «organiser des animations autour de recettes de cuisine», «organiser des activités sportives qui allient santé et moindre coût», «organiser des activités santé dans les lieux de vie: hôpital, entreprise», «faire des émissions télévisées»,...

Bien que modestes, l'observation et l'écoute du public permettent de s'interroger sur la pertinence des moyens déployés pour d'une part l'informer et d'autre part rencontrer ses intérêts.

Des pistes se dessinent: s'adresser plus directement aux jeunes, étonner le public par des idées originales et

concrètes, créer des activités où le public devient acteur, occuper l'espace audio-visuel, visualiser la visée préventive de Carolo Cardio Santé,... autant de défis à relever à une étape capitale du programme: celle de l'implication toujours plus grande de la communauté et l'émergence de sa capacité à gérer ses choix.

Un projet de réalisation de «clips» de promotion de la santé du cœur à diffuser sur les télévisions communautaires est dès à présent en chantier.

La perspective d'une opération médiatique de grande envergure pour les 5 ans du programme sur un nouveau site original est également étudiée.

Mais chuutt! Affaire à suivre...

Martine Bantuelle, Educa-Santé (Commission Locale de Coordination) et Fanny Hoefelman, Carolo Cardio Santé. ■

■ Pas facile de trouver un slogan... social!

Travailleurs psycho-médico-sociaux, ceci nous concerne: le Comité Inter-provincial des Affaires Sociales (C.I.A.S.) organise un colloque portant sur l'analyse des besoins et la communication dans les institutions sociales. Madame Yolande Deleuze, Présidente du C.I.A.S., répond à nos questions au sujet de ces deux journées d'étude qui se dérouleront les 12 et 13 novembre prochains.

Educateur Santé: Le titre de votre colloque est surprenant. Quelle en est la genèse?

Yolande Deleuze: Il correspond de fait à un constat fréquent dans la pratique des services sociaux. Le personnel est en général en mesure de parler longuement de son travail. Mais... le plus souvent entre collègues. Quand il s'agit de faire passer un message bref et efficace vers le public, cela se complique. Il y a bien sûr la difficulté technique des moyens de communication, mais il y a surtout le fait que l'élaboration d'un message judicieux suppose une série d'étapes préalables.

E.S.: Les campagnes d'information constituent un aspect important de l'éducation pour la santé, mais diffé-

rents services se penchent déjà sur cette problématique. En quoi votre démarche est-elle spécifique?

Y.D.: Par le fait, déjà, que la notion même de campagne d'information n'est pas notre unique préoccupation! Il est clair que nous ne négligerons pas cet aspect. Nous voulons aborder d'autres modes de communication avec le public. Il est utile de réfléchir sur les messages que nous envoyons, parfois même involontairement, vers nos interlocuteurs. On communique tous les jours. C'est au quotidien que se constitue notre image de marque. Vous savez, comme Députée permanente de la toute jeune Province du Brabant wallon, c'est quelque chose qui ne peut pas m'échapper. Par ailleurs, toutes les institutions n'ont pas forcément les moyens ou le besoin d'organiser de grandes campagnes. On pense trop facilement à sortir la grosse artillerie...

E.S.: Vous voulez donc attirer le regard des participants sur une «autre» communication?

Y.D.: Pas uniquement. Il n'y a pas que la «communication externe». Nous voulons aussi développer les pré-alables à cette étape. Dans un premier

temps, l'analyse des besoins du public. Si la communication porte sur une offre de service, il est indispensable qu'elle corresponde à des besoins réels. Est-ce toujours le cas? Est-on toujours sûr de s'adresser au bon public? Ensuite, nous nous pencherons sur la communication interne. Les titres de deux de nos carrefours-débats sont très clairs à ce sujet: «Connais-toi toi-même» et «Je communique donc je suis». Il n'est pas possible de communiquer sans une image claire de soi-même et de son institution. Les objectifs doivent être partagés aussi bien par le personnel que par les dirigeants. Et puis, il faut être motivé pour communiquer. C'est notamment le rayon de la culture d'entreprise. Il faut la cultiver, si je puis dire, mais pas n'importe comment... Nous voulons rester attentifs aux problèmes éthiques tout au long de ce colloque.

E.S.: Vous abordez là de nombreux sujets. Comment allez-vous vous y prendre?

Y.D.: Nous voulons que ces deux journées d'étude soient interactives. Le matin, des exposés scientifiques seront consacrés aux sujets que je

Un vélo ergométrique permettait de tester sa condition physique.

L'exposition de photos « Vie en mouvement et mouvements de vie » inaugurerait la matinée du samedi.

Pour les fumeurs, un stand interactif permettait de mesurer le taux de CO

Les partenaires de Carolo Cardio Santé

Administration de l'Éducation Physique et des Sports (Adeps)

Association sportive de l'enseignement provincial

C.S.C. Charleroi

Centre d'aide aux fumeurs

Centre public d'aide sociale de Charleroi

Echevinat des sports de Charleroi et le service animation

Echevinat de l'éducation, de la formation et de l'économie sociale de Charleroi et la tutelle sanitaire

École de santé publique de l'ULB

Educa-Santé et la C.L.C

Entraide féminine neutre

F.G.T.B. Charleroi

Fédération des associations des médecins hospitaliers de Charleroi

Fédération des associations des médecins généralistes de la région de Charleroi

Fondation contre les affections respiratoires et pour l'éducation à la santé

Inspection médicale et médecins du travail de Charleroi

Institut communautaire de l'alimentation et de la nutrition

Mestdagh s.a

Mutualité Chrétienne de Charleroi

Mutualité Neutre du Hainaut

Mutualité Professionnelle

Mutualité Socialiste de Charleroi

Observatoire de Santé en Hainaut

Ophaco

Plan de cinq jours de la ligue "Vie & Santé"

Projet MONICA Charleroi

Service de coordination des soins à domicile de la ville de Charleroi

Services d'inspection médicale scolaire et centres psycho-médico-sociaux

Société de médecine de Charleroi

Société scientifique de médecine générale de Charleroi

TEC

Union pharmaceutique de Charleroi

Vie féminine

Ville de Charleroi

expiré, de déterminer l'attachement à la nicotine et d'évaluer ses chances de sevrage.

Des expositions sur le tabagisme et l'alimentation équilibrée ainsi que des stands présentant les activités de partenaires permettaient aux visiteurs de satisfaire leur curiosité.

Côté ludique, Carolo Cardio Clown monta des petites saynètes; l'école du cirque fit des acrobaties le dimanche jusque sur le marché.



A Charleroi, on a un coeur gros comme ça!

Evaluation et perspectives

Grâce au système d'évaluation « CATI », mis en place par l'ULB (1), l'évolution de la notoriété du programme sera connue. Il reste qu'une évaluation spécifique de la participation au week-end s'avère utile pour connaître les effets et l'impact immédiats de cette campagne. Autant d'informations qui permettront de renforcer la politique de communication.

Le personnel d'Educa-Santé et de la CLC de Charleroi a élaboré un questionnaire et interrogé les visiteurs du Week-end Santé afin de connaître leurs motivations à participer à une telle initiative, de mesurer l'efficacité des médias utilisés, l'impact des activités mises en oeuvre, et de connaître les souhaits du public.

111 visiteurs ont été interrogés durant les deux journées de la manifestation; ils représentent environ 1/6 de l'ensemble des visiteurs.

Les plus représentés sont ceux qui appartiennent à la classe d'âge de 40 à 60 ans, avec une même proportion d'hommes et de femmes. Seulement 12% des visiteurs ont moins de 20 ans. Il est vrai que la plupart des activités ne leur étaient pas particulièrement destinées.

(Un visiteur sur 3 est sans activité professionnelle (sans-emploi et pensionné). Parmi les visiteurs qui ont une activité professionnelle, 50% travaillent dans des secteurs non liés à

la santé et à l'éducation tels que le commerce, l'industrie et les services publics.

Les médias les plus visibles

Sans surprise, c'est la presse audio-visuelle qui constitue la première et la plus importante source d'information. La présence active dans deux gares et l'affichage sur 50 bus circulant dans Charleroi avant le Week-end Santé ont eu également un effet non négligeable. A noter par contre que le message sur les panneaux électroniques au coeur de la ville n'a été remarqué par aucun des visiteurs. Étonnamment, 94 visiteurs sur les 111 interrogés, déclarent n'avoir été en contact qu'avec une seule source d'information: il n'y a pas d'effet de redondance observé.

Deux tiers des visiteurs sont sensibilisés au thème de la santé du coeur soit par un problème de santé qui les touche personnellement ou un de leurs proches ou encore pour leur clientèle quand il s'agit de professionnels, soit par un besoin d'informations, le plus souvent en vue d'un travail scolaire. Il reste qu'un tiers des visiteurs sont venus sur le lieu de l'exposition poussés par la curiosité: soit ils passaient par hasard dans le métro, soit ils sont intrigués par le slogan « Rendez-vous avec votre coeur », soit ils sont stimulés par leur entourage.

Le métro, bien que froid et bruyant, est apprécié pour son accessibilité et son originalité par 75% des visiteurs.

Les conditions ont sans doute écourté les visites puisqu'on évalue entre 30 secondes et 15 minutes le temps consacré à chacune des activités.

Ce sont les stands proposant une activité ou une réponse concrète à un intérêt qui sont le plus souvent remarqués (par exemple les conseils diététiques, la table d'équivalence, la prestation des clowns, les amuse-gueule santé, le vélo ergométrique, la mesure du taux de CO). La mémorisation d'informations est liée aux mêmes critères: on retient plus souvent les informations reçues lors d'une activité ou d'un contact personnel que celles rédigées sur un panneau, aussi bien présentées soient-elles.

Au terme de la visite, seulement 1 visiteur sur 10 connaît Carolo Cardio Santé, mais, tout en étant incapable de le définir, 38% des visiteurs le quali-

Le chemin de la santé

Le jeu "Le Chemin de la Santé" a une histoire longue de sept années dans le quartier de Cureghem. Il a permis de créer une dynamique communautaire de promotion de la santé. Sa portée ultime est d'amorcer une transformation de la représentation que les habitants ont d'eux-mêmes. En effet, très souvent, les problèmes de la vie quotidienne, la difficulté à imaginer l'avenir, la désignation du quartier où ils habitent comme un lieu problématique favorisent l'intériorisation par ses habitants - notamment les jeunes - d'un profond sentiment de dévalorisation. Or cette action présente Cureghem positivement, comme un potentiel de capacités et de ressources dont il s'agit de favoriser l'émergence et le développement afin que les habitants puissent retrouver une maîtrise de leur vie quotidienne.

Objectifs

- sensibiliser à l'importance d'une prise en charge de la santé;
- favoriser la réflexion et la coopération autour d'un projet collectif et évolutif;
- briser l'image négative du quartier par la promotion d'actions communautaires concrètes;
- créer un réseau d'échanges à propos des questions de santé (écoles, associations, médecins, pharmaciens du quartier);
- enraciner dans le concret la formation d'étudiants en Education sanitaire responsables du jeu.

Public-cible

- les étudiants de 7e Education Sanitaire de l'Institut de la Providence à Anderlecht, promoteurs et animateurs du jeu;
- les enfants et les jeunes de 10 à 20 ans des écoles primaires et secondaires du quartier et des associations dans et hors quartier;
- tous les habitants du quartier.

Déroulement

Le déclencheur de la campagne est un jeu de l'oie sur le thème de la santé et de l'environnement, à partir duquel les groupes participants sont invités à réaliser des actions communautaires de promotion de la santé.

La phase préparatoire est centrée sur la prise de conscience, par les étudiants-animateurs, des réalités propres au

quartier et du réseau associatif dans lequel s'insère leur action. Dans un deuxième temps, les étudiants effectuent les animations et accompagnent les groupes dans la mise en place des actions. Le tout est couronné par une remise des prix.

1. Prise de conscience par les étudiants-animateurs

Les élèves de 7e Education sanitaire réalisent une enquête auprès des "personnes ressources" en matière de santé dans le quartier afin d'établir un diagnostic santé: problèmes et difficultés vécus par les habitants, ressources dont dispose le quartier pour y faire face.

Sur la base de ce diagnostic, les étudiants prennent une série de "photos-vérités" du quartier. Ces photos sont intégrées dans le tableau de jeu utilisé lors des animations, qui est ainsi réactualisé en permanence. Elles servent de support visuel pour l'identification de réalisations et comportements positifs, négatifs et tangents dans le domaine de la santé et de l'environnement.

Les étudiants réactualisent également les fiches santé, réalisées au fil des ans par leurs prédécesseurs à partir des principaux thèmes relevés lors du diagnostic. Ces fiches sont distribuées aux enfants lors des animations et mises à la disposition des habitants du quartier dans différents endroits (consultations pour nourrissons, médecins, pharmaciens, etc). Leur présentation simple et l'utilisation de dessins les rendent accessibles à un public très large.

2. Lancement de la campagne et animations

Pour le lancement des animations, une affiche est réalisée par les étudiants-



Le «Chemin de la Santé» présenté lors du colloque «Promotion de la Santé» à Bruxelles en 1995

animateurs, avec l'aide d'une graphiste, et apposée dans les écoles et associations et chez des pharmaciens et commerçants du quartier.

Les animations sont le pivot du projet. Elles se déroulent sous la forme d'un jeu de l'oie abordant des questions liées à la santé et l'environnement et favorisant la prise de conscience des possibilités d'agir. Cette année, l'animation a eu lieu dans une vingtaine de groupes. Basées sur des techniques de jeux prônées par l'Université de la Paix à Namur, sur la coopération, l'entraide, la valorisation d'actes positifs, ces animations se veulent également un outil de partage du savoir et de questionnement selon les schémas culturels et de langage propres aux jeunes. Les débats portent sur des sujets aussi divers que le sport, les loisirs, l'hygiène, la violence, la drogue, le sida, etc.

En cours de jeu, les enfants sont amenés à chercher des solutions concrètes aux situations évoquées, permettant de maintenir ou de créer un environnement compatible avec la santé individuelle et collective.

A l'issue de l'animation, les participants sont invités à concevoir et réaliser une action communautaire de promotion de la santé correspondant à leur perception des problèmes. Au cours des mois suivants, ils mettent en oeuvre cette action avec l'aide de leurs enseignants et des étudiants-animateurs, qui effectuent également un mini-reportage sur l'évolution des actions.

3. Fête de clôture et récompense des actions-santé

En fin de parcours, un "prix santé" récompense les groupes ayant mené à terme leur action. Ces groupes reçoivent un diplôme de participation et un prix santé collectif (d'une valeur équivalente à 300 francs par enfant ou jeune), remis par des personnalités locales et régionales.

Ces prix santé sont utilisés lors d'activités choisies par les lauréats, au bénéfice direct de leur santé ou de la poursuite de leur travail sur ce thème.

Informations complémentaires : Suzanne Dubois, Institut de la Providence, tél. 523.01.82; Christine De Bauw, asbl Edeco, tél. 525.00.28

Méthodes et références théoriques

Confrontée au manque de connaissances méthodologiques, la promotrice décide en 1988 d'entamer une licence en éducation à la santé. Cette formation, complétée par l'ouverture à des démarches pédagogiques prônées par des associations, permet l'acquisition d'un certain nombre d'outils qui seront ensuite appliqués au projet en cours dans l'école et le quartier.

Jeux de solidarité et de coopération

Inspiré des jeux allemands "Hederrer" et de ceux prônés entre autres par l'Université de Paix à Namur, ces jeux ne sont pas basés sur la compétition mais sur la coopération et la solidarité. Chacun des joueurs a besoin des autres pour s'en sortir. C'est par leur solidarité de groupe, leurs réflexions, la profondeur de leurs échanges, les solutions individuelles et collectives trouvées, qu'ils pourront s'extraire des problèmes auxquels ils sont confrontés dans le jeu. Le jeu permet aussi de dédramatiser les situations conflictuelles, d'en présenter des alternatives agréables et de susciter des solutions positives et originales pouvant être portées par tout le groupe et individuellement.

Cette technique d'étude situationnelle, s'inspire aussi de la méthode des cas de Harvard qui propose dans ses principes une solution collective à des problèmes réels. Dans le jeu «Le chemin de la Santé» imaginé et créé par les 7e et leur formatrice, les photos réelles du quartier de Cureghem présentent chacune des caractéristiques propres en regard avec la problématique locale. Le groupe fait équipe et doit présenter une solution de groupe par le biais de la créativité.

Des bandelettes de couleurs indiquent le sens premier dans lequel ont été prises les photos: le vert, pour des situations positives, qui respectent l'équilibre de la santé et le renforcent; l'orange, qui signifie «attention danger»; le rouge, pour des situations inacceptables, à stopper impérativement. Il faut alors trouver une solution qui évite le danger présenté. Si la solution trouvée est positive et acceptée par l'ensemble du groupe animé qui est prêt à

la réaliser, les joueurs repassent au vert et peuvent continuer à jouer. Sinon, le jeu est bloqué complètement.

La fin du jeu est en fait le commencement de la partie «action» des groupes animés puisqu'ils décident (ou non) d'effectuer une petite remédiation à un des nombreux problèmes soulevés par le jeu et existant dans le quartier. Si des joueurs font preuve d'individualisme dans le jeu, ils pénalisent l'ensemble du groupe dans lequel ils jouent. Ils découvrent ainsi que les actes que l'on pose sont rarement sans conséquences pour soi et - surtout - pour d'autres.

L'éducation par les pairs

Cette technique est mieux connue sous le nom anglais de peer teaching ou peer instruction. Elle mise essentiellement sur l'aide mutuelle que les élèves peuvent s'apporter les uns aux autres. Les élèves «aidants» sont en général d'un niveau scolaire plus élevé et possèdent des connaissances ou des habiletés psychomotrices transférables aux élèves «aidés».

Cette technique amène aussi une valorisation des pairs (appelés aussi multiplicateurs) et un auto-renforcement de leurs propres connaissances et comportements positifs.

Diverses études ont montré l'influence positive exercée par les pairs sur le comportement de l'enfant ou de l'adolescent dans les domaines de la prévention: consommation de tabac et d'alcool, éducation affective et sexualité, hygiène dentaire... Nous nous sommes également inspirés d'expériences concrètes dont les évaluations montraient les aspects positifs de la méthode tant au Québec (1983 à 1986) qu'à Anderlecht (expérience Promes ULB et Educa-Santé, 1988-1989) (5).

Bremberg dresse une liste des caractéristiques de cette méthode (6):

1° Les objectifs d'une méthode efficace sont définis en termes de changements dans le mode de vie (approche globale) plutôt qu'en termes d'acquisition de connaissances ou d'aptitudes spécifiques isolées.

2° Une méthode est sélectionnée parce qu'elle permet le développement de la self-efficacy des jeunes (approche active). Aucune méthode effi-

cace ne se limite aux seuls moyens de communication par exposés ou conférences.

3° La méthode ou le programme sélectionné permet d'insister sur les bénéfices immédiats du changement de comportement plutôt que sur un gain futur potentiel.

4° Le programme et la méthode sont centrés sur le jeune et non sur le thème (7).

Le phénomène d'identification est important dans la technique par les pairs. La conviction de ceux-ci lors de l'information donnée et la confirmation des informations par des proches sont deux facteurs pouvant déclencher un changement de comportement.

La compétition

A certaines conditions, la mise en compétition peut pousser les participants à un degré de performance et d'excellence en vue d'une reconnaissance (scolaire ou sociale) de leurs hauts niveaux. Dans l'«Animation santé», les groupes animés sont mis en compétition les uns avec les autres pour stimuler leur créativité et la réalisation effective de leur projet. La récompense de leurs efforts est concrétisée par la remise d'un diplôme de participation ainsi que d'un prix de groupe basé sur la santé individuelle et/ou collective: journée sportive, ludique, formative au grand air... Cette récompense peut d'ailleurs être reprise sous le vocable de renforcement positif puisqu'elle permet de maintenir ou d'augmenter la fréquence d'un comportement.

De plus, cette année 1995-1996 nous avons introduit un Trophée Santé réalisé par une enseignante/artiste responsable aussi du graphisme des tracts santé. Ce trophée sera remis au groupe ayant présenté la meilleure action santé de l'année.

Nous pouvons observer que toutes ces méthodes d'implication permettent, chez tous les acteurs, une prise de conscience entraînant le besoin de prendre une décision. Cet ensemble de méthodes peut être qualifié de développement communautaire tellement l'approche est complexe et globale dans sa conception. Il est à remarquer ici que la problématique soulevée par l'Animation Santé est tellement vaste qu'elle justifie une programmation sur une année (scolaire).

objectifs étaient d'une part de faire connaître le projet Carolo Cardio Santé et d'autre part de sensibiliser le public aux facteurs de santé du cœur.

Entre le 8 septembre 1995 (premiers contacts avec le TEC) et les 30-31 mars 1996 (date du Week-end), 19 réunions de travail furent nécessaires pour mettre au point le projet: groupes de travail «communication» (2), groupes «communication» élargis pour la campagne médiatique (3), staffs de l'équipe permanente (2), sous-groupes de travail à tâches (11) et réunion avec tous les participants au Week-end (1).

L'équipe permanente y consacra les trois-quarts de son temps durant les trois derniers mois.

Vers la mi-janvier, les partenaires furent sollicités par courrier. Ce courrier annonçait déjà une première participation, un concours photos sur le mouvement au quotidien, organisé par l'Observatoire de la Santé du Hainaut.

L'annonce du programme provisoire partit une semaine plus tard, avec date limite d'inscription pour fin février.

En médiatisation interne, un numéro spécial de la lettre d'information fut consacré à l'événement, avec un éditorial du bourgmestre de Charleroi, également président du TEC.

Parmi les partenaires, 16 s'associèrent au Week-end Santé.

Un budget de 200.000 FB couvrit toute la campagne, c'est-à-dire la médiatisation, les salles et l'assurance des personnes et du matériel lors des actions. Il va sans dire que c'est grâce au soutien financier, en mise à disposition de matériel et en ressources humaines de nombreux organismes partenaires et de sponsors, que le budget à consacrer par le programme fut aussi modeste.

Médiatisation

La médiatisation de la campagne se fit par quatre modes complémentaires:

Presse écrite et radio-télévisée

Des rencontres avec les responsables de plusieurs périodiques carolorégiens, de la télévision régionale et de certaines radios ont été planifiées.

Outre l'engagement du relais médiatique du Week-end, tous ont montré un intérêt pour le projet communautaire de promotion de la santé cardiovasculaire. TéléSambre diffusa une

page interprogramme la semaine précédant le Week-end.

Des collaborations à long terme ont suivi ou se négocient:

- parutions mensuelles d'articles de fond ou relais concernant les actions du programme dans deux périodiques;
- ouverture du journal du CPAS à des rubriques sur le programme;
- participation à des jeux radios, plusieurs fois par an;
- rubriques sur les principaux facteurs de protection de la santé, sur la RTBF (poursuite d'une collaboration avec Educa-Santé);
- participation régulière d'un journaliste appartenant à un des périodiques relayeurs, au groupe de travail «communication», ainsi qu'un membre du service presse du CPAS de Charleroi.

Campagne d'affichage

Pour lancer la stratégie médiatique, la Ville a mis gracieusement à disposition du programme 150 espaces publicitaires MUIPIS (style aribus) durant la première quinzaine de mars.

Une affiche invitant à se rendre au Week-end Santé fut donc créée, avec pour toile de fond le logo du programme. Le slogan «Rendez-vous... avec votre cœur» fut longuement discuté afin d'être à la fois interpellant, sibyllin, suscitant la curiosité et positif.

Un supplément d'affiches fut distribué de manière interne.

Une réduction A4 du MUIPI, dont le verso annonçait le programme du Week-end, fut diffusée à 30.000 exemplaires parmi les partenaires.

Cinquante espaces publicitaires sur des arrières de bus TEC furent loués. Des affiches rectangulaires, toujours dans le même style de présentation, y furent apposées.

Enfin, un message en boucle parut sur les journaux électroniques du centre ville.

Conférence de presse

La conférence de presse eut lieu 15 jours avant le Week-end Santé au Centre de Relations Publiques de la station de métro. Elle prit la forme, santé du cœur oblige, d'un petit-déjeuner sain.

Les invitations furent gérées, comme les précédentes fois, par Educa-Santé.

Trente-six personnes y assistèrent: douze membres de la presse, vingt partenaires et quatre membres de l'équipe permanente Carolo Cardio Santé.

Un dossier de presse et un communiqué de presse avaient été prévus. Un bon signe: le communiqué de presse ne fut pas reproduit tel quel dans la presse, ce qui signifie que les journalistes créèrent des articles originaux...

Actions gares

Suite à l'expérience positive de plusieurs partenaires, l'idée de réaliser une action «coup de poing», les deux jours précédant le Week-end Santé, dans les gares de Charleroi-Sud et de Marchienne-au-Pont fut retenue.

L'appui de la SNCB, nouveau partenaire, fut immédiat et efficace.

Dix mille sachets aux couleurs du programme furent distribués aux navetteurs, aux heures de pointe du matin. Ils contenaient un jour un petit-déjeuner sain et des conseils sur l'alimentation équilibrée; l'autre jour, des échantillons et des informations sur la gestion du tabagisme. Une pomme et une invitation à se rendre au Week-end accompagnaient le colis.

Des volontaires, issus des partenaires Carolo Cardio Santé, épaulèrent des membres de l'équipe permanente dans la confection et la distribution des sachets.

Peu de personnes refusèrent ces derniers; ils ne furent pas abandonnés sur les quais ou dans les trains!

Le Week-end Santé proprement dit

Le Week-end Santé eut lieu dans les deux premières salles du Centre de Relations Publiques de la station de métro Beaux-Arts. Une de ces salles, s'ouvrant sur l'espace de la station proprement dite, permit l'installation de panneaux d'exposition et de stands.

Au menu des deux journées, des diététicien(ne)s donnèrent des conseils sur l'alimentation équilibrée, illustrés par une table d'équivalence mentionnant le contenu en sucres et graisses de certains aliments.

Les travaux pratiques, des dégustations de cocktails et amuses-gueule «santé», dont les recettes étaient distribuées, eurent un franc succès.

■ La campagne de presse 1996 de Carolo Cardio Santé

Carolo Cardio Santé est un programme communautaire pilote de promotion de la santé du cœur, prévu pour cinq ans, dans l'entité de Charleroi. Il a été présenté dans un numéro précédent (1).

Pour rappel, il a été initié par l'École de Santé Publique de l'ULB. Il a pris la forme d'une association de fait, gérée démocratiquement par 40 partenaires. Ceux-ci sont des associations et organismes issus de différents milieux: socio-éducatif, médical, du travail, de l'information, de la distribution, de la vie associative...

Le projet est dans sa troisième année de déroulement. Il est financé par le Ministère de la Santé de la Communauté française, la société Hartog Union S.A. et le CPAS de Charleroi. Il reçoit en outre un appui en ressources humaines de l'Observatoire de la Santé du Hainaut.

Le but ultime est de diminuer les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires dans la population de Charleroi: tabagisme, hypertension artérielle, hypercholestérolémie et sédentarité.

Une petite équipe permanente sert d'élément facilitateur des interventions visant à diminuer les facteurs de risque. Elle anime notamment des groupes de travail orientés vers des publics cibles (entreprise, jeunes,...) ou des thèmes déterminés (alimentation, activité physique,...).

Huit groupes de travail mettent au point des actions originales de promotion de la santé du cœur qui sont approuvées annuellement par le comité de coordination du programme. Ces actions sont réalisées grâce au réseau des synergies que forment les intervenants de terrain.

La communication dans le programme

Un des groupes de travail a en charge la communication dans le programme. Il a initialement été composé de membres de l'équipe permanente activement appuyés par la Commission Locale de Coordination en Education pour la Santé, en l'occurrence Educa-Santé. Un consultant de Question Santé, en tant qu'organisme agréé,

apporte son expertise depuis juin 1995 de même que la Cellule Communication de l'Observatoire de la Santé du Hainaut.

L'effort de communication est à la fois interne et externe.

La communication interne vise les partenaires et se fait notamment via un bulletin de liaison.

La communication externe vise le grand public et se fait via la presse.

Elle a pour buts de sensibiliser la population à la promotion de la santé du cœur et de faire connaître les actions du programme.

Un but secondaire est d'obtenir une collaboration continue des journalistes à long terme, comme cela se fait dans les programmes communautaires modernes.

On sait en effet que les médias ont un rôle important à jouer dans ce type de programmes à condition de respecter avec les initiateurs, une éthique rigoureuse.

En 1994, le premier plan de communication a consisté en:

- une campagne médiatique amorcée par une conférence de presse. Cette conférence de presse se voulait aussi une réunion de travail où les journalistes étaient invités à participer activement au projet. Un dossier de presse reprenant une quinzaine de fiches d'information (épidémiologie, philosophie du programme, alimentation, tabagisme, etc.) a été distribué aux journalistes pour faciliter le

relais d'informations sanitaires;

- la diffusion massive de dépliants en toute boîte;
- la publication d'articles dans les journaux des mutuelles;
- la réalisation d'une fiche reprenant les coordonnées utiles en prévention cardio-vasculaire à Charleroi;
- l'édition d'un répertoire d'outils de promotion de la santé du cœur.

En 1995, une seconde réunion de travail a été organisée avec les journalistes sous forme de conférence de presse - buffet sain.

Si la publication d'articles dans la presse et des relais radio-télévisés ont suivi régulièrement ces initiatives, une collaboration continue avec la presse ne s'est cependant pas instaurée.

1996 a donc voulu faire plus: la campagne médiatique annuelle a été associée à une stratégie de sensibilisation de la presse afin d'obtenir un « bruit de fond » cardio-vasculaire continu pour les années à venir.

La campagne médiatique 1996

De l'art de saisir une opportunité

C'est suite à une synergie entre les groupes de travail « entreprise » et « communication » que la direction du TEC Charleroi a proposé de mettre gracieusement le Centre de Relations Publiques de la station de métro Beaux-Arts à la disposition du programme pour sa campagne médiatique. Le Centre comprend trois salles en profondeur et donne, par une porte coulissante, accès à l'espace de la station de métro. Cette station a une position stratégique centrale dans le haut de la ville; elle est à la croisée de plusieurs lignes de métro; le dimanche, un grand marché s'étend en surface.

Une opportunité s'est présentée: il fut décidé de la saisir et d'organiser un Week-end Santé dans la station. Les

(1) Un article intitulé « Carolo Cardio Santé, un programme communautaire de promotion de la santé du cœur » est paru dans le n° 94 (janvier et février 1995) de la revue « Education Santé » p.6.

La pertinence de ces choix méthodologiques sera exposée le mois prochain dans la partie évaluative.

Suzanne Dubois ■

Vous pouvez contacter l'auteur à l'adresse suivante: rue Fridtjof Nansen 7, 1070 Bruxelles.

Références

1. CPAS de Bruxelles: Rapport d'évaluation du projet santé, janvier 1988, pp. 49-50. Ce rapport a été réalisé sur base de données fournies par des médecins généralistes et d'hôpitaux.
2. J. LEMAN, A. GAILLY et al.: Thérapies interculturelles. L'interaction soi-

gnant-soigné dans un contexte multiculturel et interdisciplinaire, Ed. Universitaires De Boeck, 1991, 162 p.

3. Chiffres de 1995-1996.

4. S. DUBOIS.: Recherche d'"anim'action" éducative à la santé dans le quartier de Cureghem/Anderlecht, Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Licenciée en Sciences médico-sociales et hospitalières (UL- Faculté de Médecine-RESO Louvain en Woluwe, option Education pour la Santé, juin 1992, 93 p. et annexes 90 p.

5. 1° J. BERUBE, G. LEGORE, MC. MICHAUD et J. VOYER: «Education sexuelle en milieu scolaire», in Le

médecin du Québec, Nov. 1985, p. 86-90;

2° D. PIETTE, M. BANTUELLE, F. CANDEUR, MC. PIRON, G. HOUIOUX et M. PREVOST: «Le SIDA et l'éducation par les pairs à l'école secondaire. Une expérience en communauté française de Belgique», in HYGIE, Vol. VIII, 1989/3, p. 9 à 14.

6. S. BREMBERG: «Does school health education affect the health of the students? A literature review», in Bremberg S.: School Health Service: some critical issues. A comparison between two models, Linköping University Medical Dissertation, 1987, p.73-82.

7. D. PIETTE..., op. cit., p.10.

■ Je mange, tu manges, il mange... Mais que mangeons-nous? Deuxième!

Premiers résultats de l'évaluation du dossier pédagogique «Je mange, tu manges, il mange,... mais que mangeons-nous?»

Cet outil pédagogique, présenté dans Education Santé n°98 (juin 95) vise deux objectifs principaux: d'une part, intégrer l'éducation nutritionnelle dans le programme normal des cours, sur les trois cycles de l'enseignement primaire (de la première à la sixième année); d'autre part, permettre aux enfants d'acquérir des connaissances, des attitudes et, si possible, des habi-

tudes orientées vers une alimentation équilibrée.

Le document se présente sous la forme d'un dossier pédagogique à utiliser par l'enseignant. Il rassemble des activités pratiques (classement d'aliments, jeu de l'oie, activités de lecture, réalisation de recettes,...) à effectuer en classe avec les enfants, ainsi que des questionnaires d'évaluation.

Nous décrivons dans cet article les premiers éléments de l'évaluation du deuxième objectif.

Milieu d'implantation du dossier

L'outil est testé sur la zone géographique du programme Promocentre. Ce programme communautaire de promotion de la santé du cœur mobilise 30 organisations locales réparties sur huit entités communales de la région du Centre (Anderlues, Binche, Chapelle-lez-Herlaimont, La Louvière, Le Roeulx, Manage, Morlanwelz, Seneffe).

L'intégration du dossier pédagogique a débuté à la rentrée scolaire 1992/1993. 110 établissements de la zone «Promocentre» ont été contactés.

Ces écoles se répartissent comme suit: 63 établissements du réseau communal, 1 du provincial, 42 du libre et 4 de l'enseignement de la Communauté française. Certaines écoles (27 au total) ont dès le départ refusé d'entamer l'action. D'autres (11) ont arrêté en cours. Les raisons invoquées sont souvent d'ordre pratique: classes trop difficiles, changement d'enseignant, co-titulariat,... Deux écoles ont signifié ne pas vouloir reconduire le projet. Quatre autres n'ont pas justifié leur abandon.

A ce jour, 72 établissements (65,5% des écoles contactées et 87% de celles qui ont accepté le dossier) poursuivent l'action.

Répartition des évaluations et des activités sur les six années de l'enseignement primaire

1. Début du programme: questionnaires d'évaluation des habitudes et des connaissances en matière d'alimentation.
2. Activités du premier cycle (1ère et 2ème années primaires): 10 activités à répartir sur les deux années.
3. Fin du premier cycle: questionnaires d'évaluation des habitudes et des connaissances en matière d'alimentation.
4. Activités du deuxième cycle (3ème et 4ème années primaires): 8 activités à répartir sur les deux années.
5. Fin du deuxième cycle: questionnaires d'évaluation des habitudes et des connaissances en matière d'alimentation.
6. Activités du troisième cycle (5ème et 6ème années primaires): 7 activités à répartir sur les deux années.
7. Fin du troisième cycle: questionnaires d'évaluation des habitudes et des connaissances en matière d'alimentation.

Evaluation d'impact auprès des enfants

Quatre moments d'évaluation d'impact jalonnent le dossier pédagogique: en début de programme, à la fin du premier cycle, en fin de deuxième cycle et en fin de troisième cycle. Chaque questionnaire d'évaluation comporte trois parties. L'une concerne les collations consommées à l'école, l'autre les habitudes de l'enfant en dehors de l'école. Ces deux premières parties restent identiques pour les différents moments de l'évaluation. Quant à la troisième partie du questionnaire, elle porte sur les connaissances des enfants. Elle est semblable pour les deux premiers moments (début de programme et fin du premier cycle); ensuite, elle se modifie en fonction des notions abordées dans le dossier pédagogique.

Les questionnaires d'évaluation sont distribués aux enseignants. Ceux-ci complètent le premier volet concernant les collations. Le deuxième est complété, en début de programme, par les parents, et ensuite, en fin de cycles, par les enfants eux-mêmes. Le troisième questionnaire (connaissances) est rempli en classe par les enfants. Actuellement, nous avons récolté et traité les évaluations du début du programme et de la fin de deuxième primaire. On peut estimer que 95% des enfants participent aux différents questionnaires d'évaluation. Nous ne disposons cependant pas de précisions concernant cette donnée.

Aperçu des résultats

Collations consommées à la récréation de 10 heures

Le premier questionnaire permet à l'enseignant d'enregistrer les collations consommées par les enfants à la récréation de 10 heures. Le relevé est effectué trois fois sur une même semaine. De cette façon, nous souhaitons mettre en évidence les habitudes des enfants en matière de consommation de collations et observer les modifications éventuelles au fil du temps. 1862 questionnaires de début de cycle et 1759 de fin de premier cycle ont été récoltés.

Le graphique 1 présente la répartition des enfants en fonction du type de col-

lations qu'ils consomment au moins une fois sur la semaine pendant laquelle s'effectue l'évaluation. Peu de variations sont observées entre le début du programme et la fin de la deuxième primaire. Notons toutefois une légère augmentation du nombre d'enfants buvant des jus de fruits ou de l'eau et une légère diminution de ceux qui prennent de la limonade ou du cola. Mais signalons que le nombre d'enfants buvant du lait (aromatisé ou pas) diminue aussi, et que la consommation de fruits frais suit la même tendance.

Le petit déjeuner des enfants

Le deuxième questionnaire d'évaluation met en évidence les habitudes de l'enfant en dehors de l'école, en ce qui concerne l'alimentation et la pratique

d'un sport. De cette façon, nous souhaitons observer si cohérence il y a entre ces habitudes et les informations proposées en classe. 1921 questionnaires de début de cycle et 1898 de fin de premier cycle ont été remplis.

A titre d'exemple, nous avons retenu les questions portant sur le petit déjeuner. Le graphique 2 indique la fréquence de la prise de ce repas.

Si la majorité des enfants disent déjeuner tous les jours (67% en début de programme et 70% à la fin du premier cycle), plus d'un quart des enfants (31% en début de programme contre 29% à la fin du premier cycle) ne déjeunent cependant qu'occasionnellement ou jamais. Une enquête réalisée par l'Ecole de Santé Publique de l'U.L.B.(1) sur les élèves de l'enseigne-

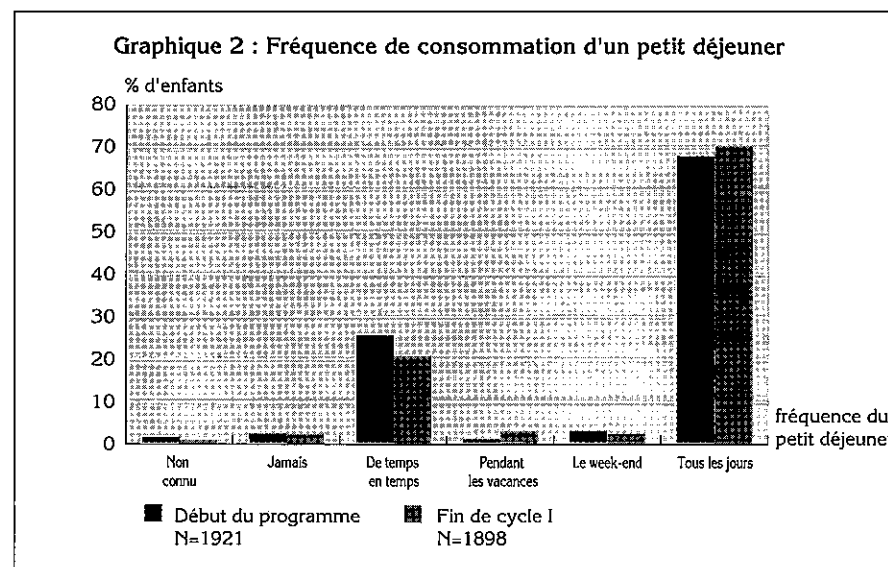
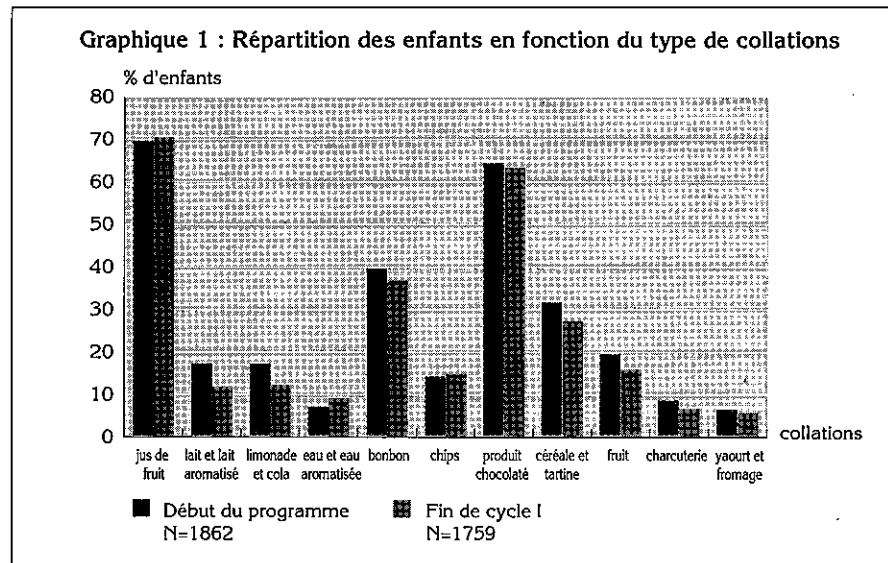


Tableau 4: le pourcentage de fumeurs quotidiens suivant la profession et le sexe en 1995 (N=1904)

	homme	femme
cadre/indépendant	33%	27%
employé	34%	25%
ouvrier	44%	35%
chômeur inactif	51%	46%
autres inactifs	22%	19%
pensionné	22%	12%
total	32%	24%

Tableau 5: la vente de cigarettes en Belgique (en millions de pièces)

1982	17.927
1983	17.033
1984	17.178
1985	15.897
1986	15.485
1987	14.507
1988	14.903
1989	14.184
1990	13.687
1991	13.966
1992	13.543
1993	12.556
1994	12.058
1995	12.373

Vers une interdiction de la publicité pour le tabac en Belgique?

Le 5 mai dernier, la Commission Santé de la Chambre a approuvé la proposition de loi présentée par le SP et par le groupe Ecolo-Agalev qui prévoit une interdiction totale de la publicité et du sponsoring pour les produits du tabac, exception faite de la publicité sur les lieux de vente.

Cette proposition doit encore être approuvée par la Chambre en séance plénière. La Commission européenne doit aussi remettre un avis. Mais si elle passe toutes ces étapes avec succès, l'interdiction de la publicité par affichage prendrait effet le 31 mai 1997 et le reste des dispositions le 1er janvier 1999. La suite dans un prochain numéro...!

Tableau 3: le pourcentage de fumeurs quotidiens et de fumeurs occasionnels, d'ex-fumeurs et de non-fumeurs, suivant l'âge et le sexe, en 1995 (N=1904)

	Homme						
	total N= 920	15-17 N= 39	18-24 N= 114	25-34 N= 175	35-44 N= 182	45-64 N= 267	65+ N= 143
fumeur quotidien	32%	25%	35%	42%	32%	35%	15%
fumeur occasionnel	4%	4%	9%	4%	3%	3%	3%
ex-fumeur	19%	3%	9%	11%	18%	22%	42%
non-fumeur	45%	68%	47%	43%	47%	40%	40%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Femme						
	total N= 984	15-17 N= 37	18-24 N= 133	25-34 N= 204	35-44 N= 175	45-64 N= 252	65+ N= 183
fumeur quotidien	24%	11%	35%	35%	26%	22%	6%
fumeur occasionnel	2%	-	2%	2%	2%	2%	2%
ex-fumeur	8%	3%	4%	8%	14%	10%	4%
non-fumeur	66%	86%	59%	55%	48%	64%	88%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Source: CRIOC - Sobemap

Tableau 6: les dépenses pour la prévention du tabagisme dans divers pays (ou régions)

Pays	Nombre d'habitants (en millions)	Budget global (en millions de francs)	Budget par habitant (en francs)
Arizona (USA)	4	972	243
Massachusetts (USA)	6	1.056	176
Victoria (Australie)	4,3	240	56
Californie (USA)	29,7	1.524	52
Canada (Fed.)	26,5	890	34
Ontario (Canada)	9,5	288	30
USA	255	6.336	25
Québec (Canada)	6,5	120	18
Finlande	5	84	17
Danemark	5,1	66	13
Suisse	7	72	10
Norvège	4,3	42	10
Pays-Bas	15,1	90	6
Suède	8,5	48	6
Royaume Uni	56	288	5
Irlande	3,5	16,3	5
Belgique (9)	10	9,75	1

Source: Comité National contre le tabagisme (novembre 1995)

(9) Vlaamse Gemeenschap: subvention de base KKAT 2,5 millions de francs, projet enfants KKAT 2.950.000 francs. Communauté française: FARES 3,5 millions de francs, Université de Mons 550.000 francs, Action anti-tabac 250.000 francs.

■ Augmentation du nombre de fumeurs en Belgique en 1995

Les campagnes de prévention ont besoin d'urgence d'un second souffle!

Le pourcentage de fumeurs quotidiens en Belgique est passé de 26% en 1994 à 28% en 1995.

La vente de cigarettes a augmenté de 3%, pour atteindre le chiffre de 12.373 millions de pièces.

Les taxes sur les produits du tabac se sont élevées en 1995 à 53 milliards. Les dépenses pour la prévention se sont montées à environ 10 millions de francs. Les dépenses de la publicité et du sponsoring pour des produits du tabac ont été estimées à 2.300 millions de francs (dont 815 millions pour la publicité).

Par habitant, l'Etat encaisse 5.300 francs de taxes, l'industrie consacre 230 francs à la publicité et au sponsoring et les dépenses des campagnes de prévention s'élèvent à 1 franc.

Cela se passe de commentaire!

Tableau 1: le pourcentage de fumeurs réguliers/quotidiens en Belgique (18 ans et plus)

	hommes	femmes	total
1982	53%	28%	40%
1983	47%	27%	37%
1984	47%	26%	36%
1985	45%	27%	35%
1986	46%	26%	35%
1987	42%	26%	32%
1988	42%	24%	32%
1989	39%	26%	32%
1990	38%	26%	32% (1)
1991	33%	24%	29% (2)
1992	31%	21%	26% (3)
1993	31%	19%	25% (4)
1994	33%	19%	26% (5)
1995	33%	24%	28% (6)

Source: CRIOC - Sobemap

L'augmentation du nombre de fumeurs n'est pas une surprise; dans un communiqué de presse du 7 mars 1994, le CRIOC écrivait déjà l'avertissement suivant: "Si la Belgique veut atteindre la norme de l'OMS de 20% de fumeurs en l'an 2000, elle doit prendre des mesures appropriées. Une politique de prévention efficace exige une attention continue. Sinon, la consommation de cigarettes va stagner ou même augmenter."

Une interdiction complète de la publicité du tabac, une augmentation du prix des produits du tabac, une meilleure protection des non-fumeurs et plus de campagnes de prévention pourront peut-être contribuer à une diminution de la consommation en Belgique.

L'enquête CRIOC-Sobemap de 1995

Depuis quinze ans, le Centre de Recherche et d'Information des Organisations de Consommateurs (CRIOC) fait

Tableau 2: le pourcentage de fumeurs réguliers/quotidiens en Flandre et en Wallonie (7) (18 ans et plus)

	Flandre	Wallonie	différence
1982	39%	42%	+ 3%
1983	35%	40%	+ 5%
1984	34%	40%	+ 6%
1985	35%	36%	+ 1%
1986	36%	36%	-
1987	30%	34%	+ 4%
1988	31%	33%	+ 2%
1989	30%	34%	+ 4%
1990	28%	32%	+ 4% (8)
1991	25%	33%	+ 8% (8)
1992	23%	29%	+ 6% (8)
1993	23%	26%	+ 3% (8)
1994	23%	30%	+ 7% (8)
1995	27%	29%	+ 2% (8)

Source: CRIOC - Sobemap

une enquête auprès d'un échantillon d'environ 2000 personnes. Pour la période 1982-1993, le pourcentage de fumeurs quotidiens a chuté de 40% à 25% mais est remonté à 26% en 1994.

Une nouvelle enquête du CRIOC, menée en novembre 1995 avec l'appui du Ministère fédéral de la Santé Publique, et qui s'appuyait sur une enquête menée par la Sobemap auprès de 1904 personnes de 15 ans et plus, a montré qu'à ce moment-là en Belgique, le nombre de fumeurs quotidiens était de 28%.

En 1995, 3% des personnes interrogées déclaraient fumer de temps en temps, 56% déclaraient n'avoir jamais fumé et 13% déclaraient avoir arrêté de fumer. Il y avait en 1995 27% de fumeurs quotidiens en Flandre, 28% à Bruxelles et 29% en Wallonie. Il est frappant de remarquer aussi qu'on compte plus de fumeurs chez les chômeurs (51% chez les hommes et 46% chez les femmes).

Tableaux publiés dans *GO Nieuws* n° 60, juin 1996.

Renseignements: Centre de Recherche et d'Information des Organisations de Consommateurs, rue des Chevaliers 18, 1050 Bruxelles, tél. 02/547.06.11, fax 02/547.06.01.

- (1) le pourcentage pour le groupe de 15 ans et plus est de 31%.
- (2) le pourcentage pour le groupe de 15 ans et plus est de 28%.
- (3) le pourcentage pour le groupe de 15 ans et plus est de 25%.
- (4) le pourcentage pour le groupe de 15 ans et plus est de 25%.
- (5) le pourcentage pour le groupe de 15 ans et plus est de 26%.
- (6) le pourcentage pour le groupe de 15 ans et plus est de 28%.
- (7) les pourcentages pour Bruxelles peuvent varier fortement d'année en année. Comme l'échantillon ne concerne que 180 à 240 personnes, ils ne sont pas repris dans le tableau.
- (8) en 1990, 1991, 1992, 1993, 1994 et 1995, les pourcentages concernent les 15 ans et plus.

ment secondaire montre quant à elle que 37,5% des sujets interrogés ne déjeunent pas tous les jours. Si l'on compare ces chiffres aux habitudes des habitants de la région du Val-de-Marne (France), on constate que seulement 10 % des personnes interrogées (2 à >65 ans) ne déjeunent pas (2).

Quant aux aliments consommés le matin (graphique 3), ils sont assez traditionnels: tartines, céréales et produits laitiers arrivent en tête, même si ces derniers diminuent entre le début et la fin du premier cycle. Dans le même temps, la consommation de fruits, tout en restant modeste, double. Autre constatation encourageante, les consommations de beurre et de choco diminuent de manière appréciable. A noter également que les consommations de jus de fruits et d'eau augmentent légèrement.

Les apprentissages

La dernière partie de l'évaluation d'impact souligne l'acquisition des connaissances au fil du programme. 1853 questionnaires de début de programme et 1793 de fin de premier cycle ont été récoltés.

Une question demande aux enfants de classer 8 aliments dans 3 ensembles: pour grandir, pour bouger, pour se protéger (tableau 1). Cette classification constitue une première approche de la découverte des cinq groupes alimentaires et de la connaissance des nutriments.

Avant l'utilisation du dossier pédagogique, un tiers des élèves (33,3%) ont au moins 5 bonnes réponses sur 8. En fin de deuxième année, la tendance s'inverse: deux tiers des enfants (67%) classent correctement au moins 5 aliments sur 8 en fonction de leur rôle. De plus, lorsqu'on observe la répartition des erreurs, on constate qu'au début du programme, seuls 10% des enfants ne commettent pas d'erreur, contre 37% en fin de premier cycle. De la même façon, 46% commettaient au moins 5 erreurs au début, contre 21% en fin de cycle. Les activités des deuxième et troisième cycles permettront un approfondissement de la connaissance des groupes alimentaires.

Une autre question concerne le classement d'aliments en fonction de leur origine (animale ou végétale). Au dé-

but, 85% des enfants classent correctement au moins 3 aliments sur 5. Ils sont 92,6% à le faire en fin de cycle. L'apprentissage se marque d'autant plus si l'on observe la répartition des erreurs. 4% des enfants ne commettent aucune erreur en début de programme, contre 64% en fin de deuxième. Inversement, 85% font au moins 3 erreurs au début de l'action contre 4% à la fin de la deuxième année primaire.

L'analyse de ces résultats montre que les notions abordées dans les activités du premier cycle ont bien été intégrées par les enfants.

Synthèse

Evaluation d'impact

Suite à ces premiers résultats, nous pouvons observer que la consommation des collations à la récréation de 10 heures se modifie peu.

Concernant le petit déjeuner, différents changements semblent se dessiner. Nous remarquons une légère mo-

dification de la fréquence de consommation d'un petit déjeuner en faveur d'une prise journalière. Plusieurs variations apparaissent aussi dans la composition de ce repas. Rappelons que la consommation de fruits double, même si elle reste faible. Les consommations d'eau et de jus de fruits augmentent quant à elles légèrement. Notons également une faible diminution de la consommation de choco.

Toutefois, nous devons rester prudents car les variations sont faibles.

Un autre volet de l'évaluation porte sur les connaissances. Comme nous pouvions nous y attendre, les changements dans les connaissances de base en matière d'alimentation sont plus prononcés que la modification des comportements. Les résultats entre le début du programme et la fin du premier cycle vont dans le sens d'un apprentissage.

Deux autres moments d'évaluation d'impact sont prévus (en fin de deuxième et de troisième cycles);

Graphique 3 : Répartition des enfants en fonction du type d'aliments et de boissons consommés au petit déjeuner

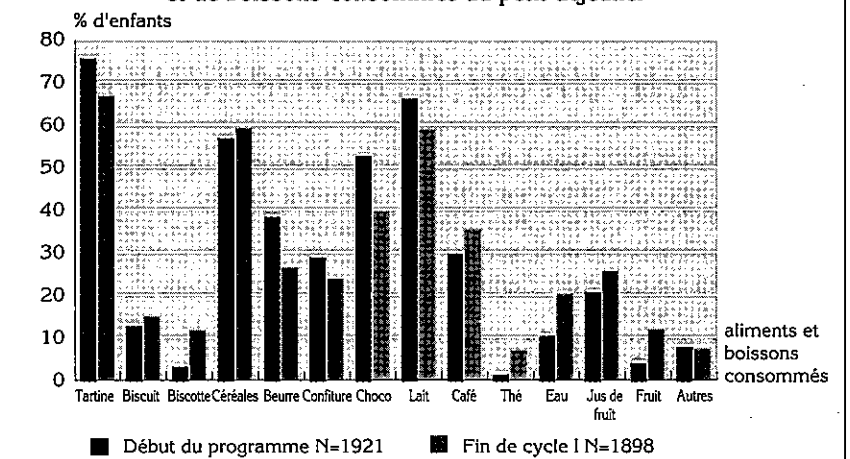


Tableau 1. Répartition des enfants en fonction des cotes obtenues

Classifier 8 aliments dans 3 ensembles : pour grandir, pour bouger, pour se protéger.				
	Début du programme		Fin de cycle 1	
	N	%	N	%
Au moins 5 réponses exactes sur 8	615	33,3	1164	67,2
Moins de 5 réponses exactes sur 8	1230	66,7	568	32,8
Moyenne	3,9 sur 8		5,7 sur 8	

nous pourrions ainsi observer si les tendances qui apparaissent actuellement se maintiennent et/ou s'accroissent.

Evaluation de processus

Afin d'évaluer notre premier objectif (intégrer le dossier dans les trois cycles de l'enseignement primaire), un questionnaire concernant l'utilisation de l'outil a été remis en avril de cette année. Le traitement et l'analyse des données sont en cours. Les résultats devraient nous indiquer d'une part, si des améliorations sont à apporter à notre outil; et d'autre part, si les activités proposées ont bien été intégrées dans le programme et de quelle manière.

Extension

Au départ, l'outil pédagogique devait être testé sur la zone d'action du programme Promocentre et être étendu par la suite, en fonction de l'évaluation. Cependant, des demandes spontanées (90 au cours de l'année scolaire

95/96) nous sont parvenues et nous y avons répondu.

En complément de «Je mange, tu manges, il mange...» et pour favoriser un choix judicieux des collations, un groupe de travail a également vu le jour. Sa mission: élaborer un guide des éléments facilitant et limitant la vente de collations saines à l'école maternelle et primaire. Les Centres PMS de la Province de Hainaut et 4 villes impliquées dans le volet «santé» de l'Objectif 1 participent au projet. Un projet qui trouve toute sa justification au vu des premiers résultats de l'évaluation du dossier pédagogique.

Conclusions

Il nous a paru important d'établir un programme sur les six années primaires afin de dépasser l'acquisition de connaissances et de favoriser l'installation d'habitudes favorisant une alimentation équilibrée.

Les premiers résultats de notre travail nous confortent dans l'importance de

développer des actions à long terme visant la promotion de la santé (modification de l'environnement en parallèle avec l'intégration d'outils d'éducation pour la santé). Les différents projets trouvent ainsi toute leur justification et nous vous tiendrons bien sûr au courant de leur évolution.

Nous tenons aussi à remercier les directions d'école et les enseignants qui ont accepté de participer à ce programme.

Karine De Jonghe, Sabine Dupont,
Observatoire de la Santé du Hainaut ■

Bibliographie

1. Les comportements alimentaires des jeunes de la Communauté française de Belgique, Université Libre de Bruxelles, Ecole de Santé Publique, PROMES in Santé Pluriel n°4, 1991.
2. Preziosi P., Galan P., Yacoub N., Kara G., Deheeger M., Hercberg S., La consommation du petit déjeuner dans l'étude du Val-de-Marne, in Les Cahiers de Nutrition et de Diététique n°31, supplément 1, 1996.

Le jeu: un outil prometteur pour sensibiliser au stress!

En décembre 1995, Catherine Spiece vous présentait l'outil "Stress sans détresse", fruit d'une collaboration de l'a.s.b.l. Question Santé et du secteur Education pour la Santé des Femmes Prévoyantes Socialistes.

Pour rappel, le jeu appelé actuellement "Stress sans détresse" est un outil de sensibilisation au stress destiné aux adultes et aux adolescents.

Nous avons voulu cet outil ludique et interactif.

Le jeu en bref

Les joueurs évoluent tout au long du parcours de jeu et rencontrent diverses situations génératrices de stress. Pour gérer leur énergie, ils doivent mettre en place une stratégie d'avancement sur le plateau de jeu.

Ils dépensent des points d'énergie en fonction du nombre de cases avancées. Ils peuvent en gagner en réalisant des défis (symbolisant les épreuves de vie génératrices de stress

sur lesquelles nous avons prise), en reculant sur une case détente (récupération d'énergie) ou en répondant correctement à une question relative au stress (information).

(Un passage sur une case "?") (Qu'est-ce qui va m'arriver?) va faire avancer ou reculer les joueurs. Les situations qui seront rencontrées sur ces cases symbolisent les événements générateurs de stress sur lesquels nous n'avons pas ou peu de prise et qui peuvent être agréables ou désagréables.

Si un joueur s'arrête sur une case "lunette", il va pouvoir par un jet de dé changer de place sur le plan de jeu ce qui symbolise l'utilité éventuelle d'un changement de point de vue face au stress quotidien.

Evaluation

Un test d'évaluation a été réalisé durant l'année scolaire '95-'96. L'évaluation portait tant sur la stratégie du jeu que sur sa pertinence.

Nous avons formé une équipe d'animateurs amenés à "jouer le jeu" partout où la demande existait.

Après chaque animation, un questionnaire d'évaluation a été rempli par l'animateur.

L'évaluation se base sur 94 animations regroupant 868 participants répartis comme suit: 443 adolescents et 425 adultes.

Quels sont les paramètres évalués?

- Comment fonctionne la stratégie du jeu?
- Les règles sont-elles claires?
- Quelle est la durée moyenne du jeu?
- Y-a-t-il réellement sensibilisation au stress?
- L'expression de chacun est-elle stimulée?
- Y-a-t-il partage d'expériences et dialogues?
- Certaines prises de conscience émergent-elles?

Pour se procurer ce Bulletin: Centre d'Education du Patient, rue du Fond de la Biche, 4 5530 Godinne - tél.: 082/61.46.11 - fax.: 082/61.46.25 - n°compte: 796-5303234-18 - Prix du BEP 1/96: 250 FB.

Isabelle Léonard, infirmière à la Clinique St-Vincent de Rocourt, licenciée en Sciences Sanitaires (ILG, **Anne Malice** (Centre d'Education du Patient) et **Marie-Madeleine Leurquin** (Centre d'Education du Patient)

Cet article est une version mise à jour d'un texte publié dans le Bulletin d'Education du Patient ■

Le Réseau des "Hôpitaux sans tabac"

S'inspirant d'un exemple venu de France, l'Oeuvre Belge du Cancer a créé en 1993 en Belgique francophone un réseau « Hôpitaux Sans Tabac ».

Il regroupe à l'heure actuelle plus de 50 institutions hospitalières.

Les objectifs d'un hôpital sans tabac

L'hôpital est un endroit privilégié tant pour appliquer des programmes ponctuels de lutte contre le tabagisme que pour mettre sur pied une politique globale en la matière. Autant lieu de travail que de séjour ou de passage, il permet la poursuite de plusieurs objectifs complémentaires:

- l'application des lois visant à restreindre l'usage du tabac;
- la protection de la santé des non-fumeurs;
- la gestion d'éventuels conflits liés à l'usage du tabac;
- l'aménagement et la signalisation des espaces non-fumeurs ou tabac admis;
- la sensibilisation du personnel, des malades et des visiteurs aux dangers du tabac;
- la formation des soignants à la lutte contre le tabagisme;
- la création éventuelle de centres de consultation et d'aide au sevrage.

L'intérêt d'un réseau

De nombreuses initiatives ont déjà vu le jour, en Belgique ou à l'étranger, pour restreindre et gérer le tabagisme en milieu hospitalier.

Créer un réseau présente dès lors deux avantages:

- réunir les personnes actives dans ce domaine;
- partager les expériences et créer une émulation positive. Les actions entreprises au cours des trois dernières années ont constamment intégré objectifs et avantages du réseau.

Actions et réalisations du réseau « Hôpitaux sans tabac »

En 1993 et 1994, à l'occasion de la journée mondiale sans tabac et de la semaine européenne contre le cancer, divers affichages ont été réalisés, relayés par l'envoi d'une brochure détaillée aux directions hospitalières et par de nombreuses actions de terrain (stands, animations diverses...).

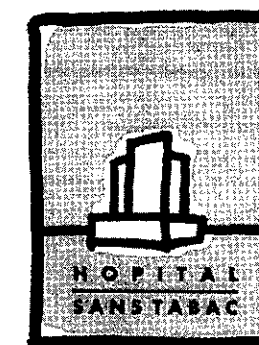
Après s'être adressé aux décideurs et aux utilisateurs de l'hôpital, la priorité 1995 était à la sensibilisation des soignants (réalisation et diffusion d'un questionnaire sur les habitudes tabagiques). Les centres régionaux de l'Oeuvre Belge du Cancer ont participé activement à ces actions.

Toujours en 1995, l'O.B.C. a lancé un « Prix Hôpital Sans Tabac » en collaboration avec le programme « l'Europe Contre le Cancer ». Ce prix avait pour objectif de récompenser trois initiatives originales tout en contribuant à leur financement.

Les lauréats du prix « Hôpitaux sans tabac » 1995

La Clinique Saint Luc (Bouge - Namur) et l'Hôpital Erasme (Bruxelles) se sont partagés le premier prix pour deux projets fort différents.

A St. Luc, il s'agissait de réaliser un circuit interne de télévision permettant



la diffusion d'une vidéo d'information et d'aide au sevrage créée pour la circonstance.

A Erasme, une action intitulée « croquer pour ne pas craquer » a pu être menée à bien lors du 31 mai 1995. Des pommes (800 kilos!) ont permis de sensibiliser soignants et soignés de manière originale, tout en encourageant les fumeurs à remplacer au moins momentanément la cigarette par un en-cas santé.

Les Cliniques Universitaires de Mont-Godinne ont reçu le troisième prix pour la création d'une cellule d'aide au sevrage à l'usage des soignants.

Projets du réseau en 1996

Cette année, trois priorités seront menées à bien:

- l'octroi du « Prix Hôpital sans tabac 1996 » en collaboration avec la firme Ciba;
- la remise aux Ministres compétents d'un mémorandum demandant diverses modifications ou adaptations des lois relatives au tabagisme dans les lieux publics ou sur le lieu de travail, tenant compte des particularités du milieu hospitalier;
- l'organisation d'une journée de réflexion sur le thème de la gestion du tabagisme en hôpital. Cette journée se déroulera le 22 octobre aux auditoires des Cliniques Universitaires de Mont-Godinne et sera accessible aux représentants de tous les hôpitaux, membres du réseau ou non, sans oublier les autres professionnels concernés (médecins du travail, écoles d'infirmières...).

Pour de plus amples informations: Réseau Hôpitaux Sans Tabac, Oeuvre Belge du Cancer, rue Royale 217, 1210 Bruxelles. Tél: 02/225.82.11. Fax 02/225.82.90. ■

- D'autres auraient souhaité des informations complémentaires sur les besoins de sommeil de l'enfant (rythme, conditions idéales, signes de fatigue,...), sur "comment détecter et réagir aux problèmes?", sur la mort subite du nourrisson et les examens du sommeil.

Avis des soignants

Les médecins, infirmières et puéricultrices des différentes équipes, ont également eu l'occasion de donner un avis sur le projet de dépliant.

Les remarques et avis des soignants et des parents ont été communiqués au groupe de travail et le dépliant a été modifié en conséquence.

Toutes les remarques n'ont pas pu être prises en considération, pour des raisons techniques et de nombre d'informations optimum à transmettre.

Démarche d'information et utilisation du dépliant

Depuis le 18 décembre 1995, les équipes distribuent le dépliant à toutes les mamans qui accouchent d'un bébé en bonne santé.

Chaque membre du personnel est invité à remettre le dépliant avec un maximum d'informations orales et en laissant la possibilité à chaque maman de poser des questions, de faire part de ses réticences éventuelles,...

Une réunion rassemblant les membres de l'équipe s'est avérée nécessaire pour déterminer quel serait le moment le plus adéquat pour la distribution du dépliant: il est, en effet, très important que le personnel ait le temps de donner un maximum d'informations mais il est tout aussi important que la maman y soit réceptive.

Il apparaît également primordial que le dépliant soit donné à un autre moment que la "boîte rose" et autres échantillons, afin de mieux attirer l'attention des mamans et d'éviter tout amalgame avec la publicité commerciale.

Quelques points de repère pour une meilleure information ont été discutés.

Les voici:

- être à l'écoute des jeunes parents;
- adapter les informations à ce qu'ils

savent et pensent à leurs habitudes de vie;

- amener les parents à se projeter dans l'avenir, à anticiper les faits (ex. "quand vous allez rentrer chez vous, avec quoi allez-vous couvrir votre bébé?");

- inviter les parents, à plusieurs reprises, à poser des questions, à exprimer leurs inquiétudes, à discuter des difficultés qu'ils pourraient rencontrer à suivre les conseils (et voir avec eux comment remédier à ces difficultés);

- vérifier que l'on a bien été compris (ex. "j'aimerais savoir si j'ai été suffisamment claire (si le dépliant est suffisamment clair), pouvez-vous me dire quelle literie est conseillée?");

- viser la cohérence du contenu des différentes sources d'informations;

- donner l'information quand les parents sont aptes à les entendre, à plusieurs moments, de plusieurs manières (verbalement, par l'écrit,...).

De même, les attitudes du personnel ne peuvent pas être en contradiction avec les conseils donnés. Nous avons déjà signalé plus haut que des séances d'information/débat à l'attention du personnel paramédical ont été organisées à plusieurs reprises. Le Dr Van Hees y a insisté sur les mesures d'hygiène du sommeil et a exposé les dernières données épidémiologiques résultant des campagnes d'information à l'étranger. Tout le personnel paramédical de la maternité et du service de néonatalogie était tenu d'y participer.

Evaluation de la démarche d'information

Dans le cadre de sa licence en sciences sanitaires, Isabelle Léonard s'est consacrée à l'évaluation de l'impact de la démarche d'information et du dépliant, en comparant le comportement déclaré des mamans qui en ont bénéficié avec celui des mamans qui n'en ont pas bénéficié.

Les deux groupes de mamans ont reçu un questionnaire. Dans les deux groupes, au moins 55% des personnes ont répondu.

Les résultats de cette évaluation montrent que les comportements déclarés des parents sont différents lorsque ceux-ci ont reçu une information sys-

tématique à propos du sommeil du nourrisson. Ces différences se situent principalement au niveau de la position de couchage: la position dorsale est plus souvent utilisée et la position latérale l'est moins lorsqu'ils ont reçu l'information systématique.

A propos du dépliant, près de 80% des répondants l'ont trouvé utile et près de 65% l'ont conservé et relu au moins une fois depuis leur retour à la maison.

Au moins 77% des parents du groupe expérimental ont reçu une information écrite et adaptée sur la sécurité du sommeil de leur enfant; en outre, 70% des parents ont été informés par un soignant au moins (pédiatre et/ou infirmière et/ou puéricultrice) contre 50% dans le groupe contrôle.

Elaboration d'une affiche

En 1996, les équipes ont souhaité compléter les médias utilisés par une affiche, reprenant les messages essentiels. Cette affiche est maintenant terminée et se trouve dans les services partenaires.

Conclusions

D'ores et déjà, nous pouvons affirmer que ce projet a permis, au sein des cliniques concernées, de conscientiser le personnel à l'importance de la sécurité du sommeil de l'enfant, d'actualiser ses connaissances à ce sujet et de lui fournir un outil de travail lui permettant de donner une information systématique aux jeunes parents.

Nous souhaitons que le dépliant puisse servir le plus largement possible en Communauté française de Belgique et nous oeuvrons actuellement dans ce sens.

Si vous souhaitez en savoir plus sur quelques aspects de la santé du nourrisson, le dernier numéro du Bulletin d'Education du Patient (BEP n°1/96) vous intéressera.

Les thèmes abordés dans ce Bulletin sont la mort subite du nourrisson, la sécurité de son sommeil, les comportements de santé des mères belges face à leur bébé, l'allaitement maternel, les besoins des jeunes parents, les besoins du bébé prématuré.

Quels objectifs motivent la demande d'utilisation du jeu dans un groupe?

Principalement (dans 72% des cas), la demande se fait dans une perspective d'information, de sensibilisation et de meilleure communication dans un groupe scolaire ou d'adultes (équipes d'aides familiales, équipes P.M.S., groupes de self help, psychiatrie, enseignement secondaire, écoles de nursing...).

Que nous révèle l'évaluation de l'impact du jeu sur les participants?

- Auprès des adolescents, l'aspect ludique permet d'aborder rapidement des sujets "tabou" comme la drogue, la sexualité, les relations profs/élèves ou parents/adolescents,...

- Les adultes entrent plus lentement dans le jeu. Une fois mis en confiance, le plaisir de jouer est évident, les langues se dénouent et le partage d'idées peut se faire.

- Qu'il s'agisse d'adultes ou d'adolescents, l'utilisation du jeu permet bien souvent d'installer le dialogue (dans 64% des cas pendant le jeu, dans 12% des cas après le jeu).

- L'utilisation du jeu ouvre la voie vers une sensibilisation au stress.

Le jeu est une excellente entrée en matière (dans 89 % des cas) permettant et suscitant des demandes complémentaires.

Toutefois, il a aussi un intérêt en tant qu'outil indépendamment d'autres animations (dans 82 % des cas).

- Lorsque les membres du groupe se connaissent, le jeu agit comme support d'expression pour les participants.

- Si les membres du groupe ne se connaissent pas, le jeu permet une rapide mise en confiance des participants.

- Le jeu apporte aux participants détente (56%), amusement (70%), meilleure connaissance des autres et de soi (49%), réflexion (62%) et information (65%).

Que nous révèle l'évaluation sur la stratégie du jeu?

Il s'agit d'une analyse faite sur base d'un questionnaire qualitatif présentant des questions ouvertes. En voici les résultats:

- Les règles sont généralement rapidement comprises.

- La symbolique des cases semble claire.

- Le contenu de certaines cartes a été affiné grâce aux remarques créatives des participants.

- La durée de jeu est souvent trop longue pour permettre au débat de

prendre place. Nous avons donc raccourci le parcours initial.

- Les règles concernant la fin du jeu ont été revues.

- Le manuel pédagogique est utile et le contenu est pertinent.

Les animateurs ont proposé que la forme soit revue.

Il est transformé en livret donnant des informations complémentaires que chaque participant peut consulter.

Conclusion

Nous avons eu la confirmation que la demande pour ce type d'outil existe et qu'elle est importante. Nous avons été agréablement surpris par certaines demandes provenant de secteurs plus spécifiques comme les services de revalidation cardiaque, des entreprises ou encore les services de formation de la gendarmerie.

C'est donc avec confiance que nous abordons maintenant la phase de production de ce jeu. Nous proposerons, dès janvier 1997, des formations pour toute personne qui souhaiterait l'utiliser dans son secteur.

Nous ne manquerons pas de vous en informer.

Yvette De Reys, Question Santé ■

■ La sécurité du sommeil de l'enfant: l'expérience de cliniques de la région liégeoise

Les recherches et expériences menées depuis plusieurs années à l'étranger et les recommandations du groupe belge des experts, montrent à suffisance l'importance de la promotion de conseils pour la sécurité du sommeil du nourrisson.

Début 1995, cinq institutions hospitalières de la région liégeoise, sous l'impulsion du Dr Van Hees, ont décidé d'investir dans un projet d'information des jeunes parents en maternité.

On a coutume de rassembler les raisons de décès inopinés chez le nourris-

son en trois grands groupes, les "trois grands M":

1) Les maladies: une infection virale ou bactérienne peut perturber les mécanismes de contrôles respiratoires et cardiaques, ou se développer de manière fulgurante et entraîner le décès du nourrisson;

2) L'ensemble des mécanismes de maturation: le contrôle des fonctions vitales (respiration, activité cardiaque, système neurovégétatif,...) peut être immature chez certains nourrissons; ceux-ci peuvent alors développer des blocages respiratoires ou des ralentis-

sements cardiaques pendant leur sommeil, pouvant entraîner le décès de l'enfant.

3) Le milieu: l'environnement, s'il est défavorable, peut représenter un risque vital non négligeable pour le nourrisson: un matelas trop mou, un oreiller épais, une cordelette autour du cou ou dans son lit, une température ambiante trop élevée, la position ventrale, une pièce enfumée... sont autant de risques pour les tout-petits.

Chaque "M" peut être une cause expliquée de décès inopinés chez le nourrisson. Par contre, dans le cas du syn-

drome de la mort subite du nourrisson (M.S.N.), les facteurs de chaque groupe "M" peuvent s'additionner et causer un décès, sans qu'aucun d'eux pris isolément n'en soit la cause. On assiste ainsi à un décès inattendu d'origine multi-factorielle.

Prévention

Jusqu'il y a peu, la prévention de la M.S.N. était surtout axée sur la maturation cardio-respiratoire et la maladie, le volet "milieu" ayant été délaissé dans notre pays. Or, on connaît à présent les mesures simples d'hygiène du sommeil qui permettent de diminuer considérablement le risque de M.S.N. et le risque d'accidents durant le sommeil du bébé.

Plusieurs pays ont, depuis quelques années déjà, lancé des campagnes d'information s'adressant au grand public et ont observé une nette diminution du taux de mortalité des enfants de moins d'un an.

En Belgique, un groupe d'experts, conscients de l'efficacité de ces conseils, est arrivé à un consensus sur les mesures à prendre pour réduire les accidents durant le sommeil des tout-petits.

Projet d'information "sécurité du sommeil"

Les Cliniques Saint-Vincent de Rocourt, Saint-Joseph de Liège, Espérance de Montegnée, Notre-Dame de Hermalle-sous-Argenteau et Notre-Dame des Bruyères, sensibilisées au problème, ont décidé d'améliorer les informations auprès des jeunes parents. Elles ont fait appel au Centre d'Education du Patient pour les accompagner dans la mise en place de leur projet.

Un groupe de travail pluridisciplinaire, composé de représentants des différentes institutions (pédiatre, infirmières, puéricultrices,...) et de membres du Centre d'Education du Patient, s'est réuni à plusieurs reprises afin de préciser et d'élaborer le projet.

Souhaits des soignants

Des premières réunions, il est ressorti que les soignantes souhaitaient:

- être elles-mêmes mieux informées pour pouvoir bien informer;
- être convaincues elles-mêmes (par exemple, par rapport à la position sur

- le dos et les craintes liées aux régurgitations);
- être capables de rassurer les parents par de petits conseils;
- augmenter la cohérence des informations données par les membres de l'équipe;
- pouvoir aborder des thèmes tels que "comment coucher votre enfant?", "comprendre le sommeil de l'enfant", "comprendre les signes de fatigue de l'enfant" ...

Afin d'être elles-mêmes mieux informées et convaincues du bien-fondé des conseils de prévention de la mort subite du nourrisson, le Dr Van Hees a réalisé plusieurs séances d'information sur le thème.

Elles souhaitaient également réaliser un dépliant informatif, qu'elles remettraient aux jeunes parents, accompagné d'explications verbales.

Besoins des jeunes parents

Afin de mieux cerner les besoins d'informations des jeunes parents, le Centre d'Education du Patient a suggéré aux équipes partenaires de mener une enquête dans leurs services auprès des jeunes parents, à l'aide d'un questionnaire.

C'est ainsi que 67 personnes ont pu être interrogées en mai 95.

Le questionnaire s'est surtout attaché à mettre en évidence, chez les jeunes parents, leurs préoccupations en matière de sommeil de l'enfant, et plus spécifiquement leurs connaissances et attitudes face aux mesures de prévention de la mort subite du nourrisson.

Toutefois, à la demande des pédiatres, le mot "mort subite du nourrisson" n'a pas été utilisé dans le questionnaire. Il apparaît pourtant dans pratiquement la moitié des réponses.

Ce sont les équipes elles-mêmes qui ont recueilli les informations auprès des jeunes parents. Elles ont utilisé l'outil de collecte des données, soit comme guide d'interview, soit comme questionnaire auto-administré, à leur libre convenance. Le choix leur a été laissé, afin que ce recueil d'informations reste compatible avec leur emploi du temps.

Ce recueil d'informations était un moyen pour les équipes,

- de se questionner sur les besoins d'informations de leur public;

- d'inviter les parents à exprimer leurs préoccupations;
- de prendre conscience de l'importance du projet et donc de s'y investir.

Quelques mots sur les personnes interrogées

Ce sont principalement des mères qui ont répondu au questionnaire (57/67 personnes). Neuf couples ont également été interrogés et un seul père.

Dans la majorité des cas, les personnes ont répondu entre le premier et le cinquième jour de vie du bébé.

27 mamans sont primipares, 30 femmes ont accouché de leur deuxième enfant et 10 femmes ont plus de 2 enfants.

Que ressort-il de cette enquête?

Tout d'abord, que le sommeil du nouveau-né fait partie des préoccupations des jeunes parents (30 personnes sur 67 le citent comme une de leurs préoccupations du moment). Plus spécifiquement, les personnes se posent des questions à propos de la mort subite du nourrisson (13 personnes), du cycle jour-nuit (10 personnes), des besoins de l'enfant au niveau de la durée, du rythme du sommeil (7 personnes),...

Les quatre principales mesures de prévention de la mort subite du nourrisson ont été investiguées plus longuement: il s'agit de la position du bébé dans le lit, de la température dans la chambre, du type de literie et de l'évitement du tabac.

Pour pratiquement chacune de ces mesures, nous avons essayé de savoir ce que les personnes ont reçu comme conseils, l'utilité perçue de ces conseils, les sources d'information des parents et leur intention de comportement à domicile.

Globalement, 30 à 60 % des mamans déclarent ne pas avoir reçu de conseils.

Les sources d'information sont pourtant variées: ce sont les médias, les soignants et les membres de l'entourage.

La position privilégiée par les parents est la position sur le côté (80% des personnes la choisissent). Par contre,

la position sur le dos est évitée (une personne seulement la choisit exclusivement et 3 personnes choisissent le côté ou le dos).

La position sur le côté permet d'éviter l'étouffement ou l'inhalation pour 15 personnes, les régurgitations pour 15 personnes et la mort subite pour 7 personnes.

Le problème de la régurgitation est très présent dans l'esprit des mamans, surtout chez les multipares. Il l'est également dans l'esprit des soignant(e)s. Ce problème constitue le principal frein à l'adoption de la position sur le dos, que ce soit chez les parents, ou chez les soignant(e)s.

Trois mamans sur quatre connaissent la température idéale de la chambre.

Les autres sur-estiment cette température ou ne savent pas.

Selon les parents, cette mesure permet à l'enfant de garder sa température, de bénéficier d'un mieux-être ou d'éviter les maladies. Elle n'est donc pas liée explicitement à la prévention de la mort subite du nourrisson.

Au niveau de la literie, les réponses sont variées, mais incomplètes.

Les réponses attendues sont les suivantes:

- utiliser un matelas ferme et épais, adapté aux mesures du berceau ou du lit;
- ne pas utiliser d'oreiller;
- utiliser un couette synthétique ou une couverture légère, mais pas un gros édreton;
- éviter le couffin (l'enfant s'y enfonce et risque d'étouffer).

22 personnes signalent avoir choisi un matelas ferme et épais et 10 personnes ne mettront pas d'oreiller. La plupart des personnes ont choisi un lit à barreaux. Certaines personnes utiliseront, durant les premières semaines ou les premiers mois, un couffin (5), un landau (3) ou un berceau (6).

7 personnes déclarent qu'elles couvriront leur bébé d'un édreton, principalement pour des raisons de facilité d'entretien.

Pour les parents, le choix de la literie dépend de plusieurs critères: éviter les risques d'étouffement, les problèmes d'allergie, permettre au bébé de se

sentir en sécurité, garantir la facilité d'entretien, garantir que bébé ait chaud, éviter que bébé ait peur, être facile à transporter, éviter les problèmes de dos...

En ce qui concerne le tabac, toutes les personnes semblent prêtes à ne pas fumer et/ou à ne pas laisser fumer dans la pièce où se trouve le bébé. Nous n'avons pas analysé de façon approfondie les raisons de leur intention et l'importance qu'elles accordent à cette mesure.

Au travers de l'enquête, il apparaît que les jeunes parents ont besoin d'informations claires et motivées sur les comportements à privilégier en tenant compte de ce qui est important pour eux. Ils ont également besoin d'informations sur le problème de la régurgitation et des risques y afférent.

Enfin, certains parents se posent également des questions à propos de la mort subite du nourrisson et sur d'autres aspects du sommeil de l'enfant (les besoins, les rythmes, le cycle jour-nuit,...).

Conception et réalisation d'un dépliant

A partir des souhaits exprimés par les soignants, des besoins d'information identifiés chez les jeunes parents, ainsi que des recommandations du groupe belge des experts, les objectifs et contenus du projet ont été déterminés.

L'option a été prise de se centrer, dans un premier temps, sur les mesures de prévention de la mort subite du nourrisson, tout en gardant à l'esprit les autres types de demandes.

L'idée du dépliant a été maintenue: son objectif est de donner aux parents des informations écrites qui leur servent d'aide mémoire et qui puissent contribuer à l'adoption de mesures correctes de sécurité du sommeil.

Le dépliant reprend les mesures simples de sécurité du sommeil du nourrisson sous forme de phrases simples, positives et en évitant toute culpabilisation des mamans.

Plusieurs réunions du groupe de travail ont été nécessaires pour l'élaboration du texte et des dessins, le choix de la présentation,...

Test du dépliant

Une première maquette de ce dépliant fut réalisée et acceptée par le groupe de travail.

Le test de lisibilité selon la formule de Flesh De Landsheere donna un résultat très satisfaisant.

En août et septembre 1995, 101 accouchées des cliniques partenaires ont pu donner un avis à propos de ce dépliant, à l'aide d'un questionnaire.

De nouveau, ce sont les équipes soignantes qui ont recueilli les informations auprès des parents.

Avis des parents

Ce sont principalement des mères (78%) ou des couples (20%) qui ont répondu au questionnaire. 51% des femmes sont primipares et 49% sont multipares. Leur enfant se trouvait soit en maternité (58%), en néonatalogie (2%), en pédiatrie (14%) ou en polysomnographie (24%).

55% des enfants ont moins de 15 jours et les autres ont plusieurs mois.

La plupart des personnes interrogées ont trouvé le dépliant utile (90,6%), facile à manipuler (87,8%) et facile à comprendre (90%).

De nombreuses personnes trouvent qu'il serait intéressant de le faire connaître non seulement aux jeunes parents, mais aussi aux futurs parents, aux personnes susceptibles de garder l'enfant (grands-parents, gardiennes,...), aux jeunes en général, ainsi qu'aux étudiantes infirmières et puéricultrices.

Selon elles, il devrait être distribué en maternité, dans les consultations ONE (en prénatal et en postnatal), dans les cabinets de consultation des gynécologues, pédiatres, médecins généralistes, kiné, dans les pharmacies, les écoles et les centres d'informations pour jeunes,...

Quelques-uns suggèrent que les parents aient la possibilité de donner eux-mêmes le dépliant aux personnes concernées.

Quelques remarques formulées par des parents sont à épinglez:

- 30 personnes ont exprimé leur étonnement par rapport à la position conseillée: "avant, on conseillait le ventre; maintenant, c'est le dos!".